ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ
(ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪಿಎಚ್.ಡಿ ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಾದರ ಪಡಿಸಿದ ಸಂಶೋಧನ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ

ಸಂಶೋಧಕರು
ಜನಾರ್ದನ
ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು
ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಡಾ.ಟಿ.ಆರ್ ಚಂದ್ರಶೇಖರ
ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಮತ್ತು ಡೀನ್
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ-583 276
೨೦೧೦

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ

(ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪಿಎಚ್.ಡಿ ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಾದರ ಪಡಿಸಿದ ಸಂಶೋಧನ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ

ಸಂಶೋಧಕರು
ಜನಾರ್ದನ
ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು
ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಡಾ.ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ
ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಮತ್ತು ಡೀನ್
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ-583 276
2010

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಡಾ.ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಅವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿ ಪಿಎಚ್.ಡಿ ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಇದುವರೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪದವಿ ಅಥವಾ ಡಿಪ್ಲೋಮಾಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಎಲ್ಲಿಯೂ ಇಡಿಯಾಗಿ ಅಥವಾ ಬಿಡಿಯಾಗಿ ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಇದು ನನ್ನ ಸ್ವತಂತ್ರ ಸಂಶೋಧನ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ: ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ
ದಿನಾಂಕ: 13.10.2010

ಜನಾರ್ದನ
ಸಂಶೋಧಕರು
ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು
ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಶ್ರೀ ಜನಾರ್ದನ ಅವರು ನನ್ನ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿ ಪಿಎಚ್.ಡಿ ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಇದುವರೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪದವಿ ಅಥವಾ ಡಿಪ್ಲೋಮಾಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಎಲ್ಲಿಯೂ ಇಡಿಯಾಗಿ ಅಥವಾ ಬಿಡಿಯಾಗಿ ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಇದು ಅವರ ಸ್ವತಂತ್ರ ಸಂಶೋಧನ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ: ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ದಿನಾಂಕ: 13.10.10

ಡಾ.ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ
ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಮತ್ತು ಡೀನ್
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು

ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡಿದ ಹಿಂದಿನ ಕುಲಪತಿಗಳಾಗಿದ್ದ ಮಾನ್ಯ ಡಾ.ಬಿ.ಎ.ವಿವೇಕ ರೈ ಅವರಿಗೆ, ಈಗಿನ ಕುಲಪತಿಗಳಾದ ಮಾನ್ಯ ಡಾ.ಎ.ಮುರಿಗೆಪ್ಪ ಅವರಿಗೆ ಹೃದಯ ಪೂರ್ವಕ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು

ಕುಲಸಚಿವರಾದ ಮಾನ್ಯ ಡಾ. ಮಂಜುನಾಥ ಬೇವಿನಕಟ್ಟಿ ಅವರಿಗೆ, ಅಧ್ಯಯನಾಂಗದ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಡಾ.ವೀರೇಶ ಬಡಿಗೇರ ಅವರಿಗೆ, ಉಪ ಕುಲಸಚಿವರಾದ(ಆಡಳಿತ) ಡಾ.ಪ್ರೇಮ್ ಕುಮಾರ್ ಅವರಿಗೆ, ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಉಪ ಕುಲಸಚಿವರು ಮತ್ತು ಸಹೋದ್ಯೋಗಿ ಮಿತ್ರರಾದ ಡಾ.ಎಚ್.ಡಿ ಪ್ರಶಾಂತ್ ಅವರಿಗೆ ನಾನು ಅಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಆರಂಭದಿಂದಲೂ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆ-ಸೂಚನೆಗಳನ್ನಿತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸಿ, ಬೆನ್ನುತಟ್ಟಿ ಹುರಿದುಂಬಿಸಿ ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಮಯ ವ್ಯಯಿಸಿದ ಡಾ.ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿ ಅವರಿಗೆ ಸದಾ ಉಪಕೃತ. **ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ** ಕುರಿತು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಪ್ರೀತಿಯಿಂದ, ಆತ್ಮೀಯವಾಗಿ ಸಲಹೆ, ಚರ್ಚೆಯೊಂದಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡಿದ ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನ ನಿಕಾಯದ ಡೀನ್‌ರಾದ ಡಾ.ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಅವರಿಗೆ ಚಿರಋಣಿ.

ಅಧ್ಯಯನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಲಹೆ-ಸೂಚನೆಗಳನ್ನಿತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಬರಹವನ್ನು ಸದಾ ವಿಚಾರಿಸಿ ಆತ್ಮೀಯ ಸಲಹೆಗಳನ್ನಿತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿದ ಡಾ.ಎಂ.ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ ಅವರಿಗೆ, ಹಾಗೂ ಡಾ.ಎ.ಶ್ರೀಧರ್ ಹಾಗೂ ಡಾ.ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ ಅವರಿಗೆ, ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ ಹಿತೈಷಿ ಡಾ.ಜೆ.ಕೃಷ್ಣ ಅವರಿಗೆ, ಡಾ.ಎಸ್.ವೈ.ಸೋಮಶೇಖರ ಅವರಿಗೆ, ಸೂಕ್ತ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಿದ ಪ್ರೊ. ಗೌಡಗೆರೆ ನಾರಾಯಣ ಅವರಿಗೆ ಡಾ.ಎಂ.ವೆಂಕಟೇಶ್ ಅವರಿಗೆ ನಾನು ಆಭಾರಿ.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರ ನೀಡಿದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ದಿವಂಗತ ಡಾ.ವೀರೇಶ ಶೆಟ್ಟಿ ಅವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳಾದ ಶ್ರೀ ದೊಡ್ಡಮನಿ ಅವರಿಗೆ, ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಾದ ಡಾ.ಗುರುಬಸಪ್ಪ ಅವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಅನಂತ ವಂದನೆಗಳು.

ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧಕ್ಕೆ ಅನ್ಯಜ್ಞಾನ ಶಿಸ್ತುಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಗ್ರಂಥಾಲಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗಕ್ಕೆ, ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಗ್ರಂಥಾಲಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿವರ್ಗಕ್ಕೆ, ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಐಸ್ಯಾಕ್ ಗ್ರಂಥಾಲಯದ ಶ್ರೀ ವೆಂಕಟೇಶ್ ಅವರಿಗೆ,

ವಿಭಾಗದ ಶ್ರೀಮತಿ ಕೆ.ಸಿ.ಚನ್ನಮ್ಮ ಅವರಿಗೆ, ಶ್ರೀ ಚಂದ್ರಪ್ಪ ಬಡಿಗೇರ ಅವರಿಗೆ, ಶ್ರೀ ಗಣೇಶ ಕಮ್ಮಾರ ಅವರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸಿದ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಎಲ್ಲ ಅಧ್ಯಾಪಕವರ್ಗ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿವರ್ಗಕ್ಕೆ,

ಸಂಶೋಧನಾ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಪೂರ್ಣ ಸಹಕಾರ ನೀಡಿ ಕರಡು ತಿದ್ದಿ ಸಹಕರಿಸಿದ ನನ್ನ ಮಡದಿ ಶ್ರೀಮತಿ ಶಾಂತ, ಮಗ ಜೀವನ್ ಅವರಿಗೆ, ನನ್ನನ್ನು ಸಾಕಿ ಸಲುಹಿದ ನನ್ನ ಅಮ್ಮ, ಅಪ್ಪ ಹಾಗೂ ಬಂಧುಬಾಂಧವರಿಗೆ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು.

ಅಕ್ಷರ ಜೋಡಣೆ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟ ಶ್ರೀ ವೀರೇಶ ಮತ್ತು ಶ್ರೀ ಆಂಜನೇಯ ಅವರಿಗೆ ವಂದನೆಗಳು

ಜನಾರ್ದನ

ಪರಿವಿಡಿ

ಅಧ್ಯಾಯ : ಒಂದು

ವಿಷಯ ಪ್ರವೇಶ

1.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

1.2 ಅಧ್ಯಯನ ವಿಷಯದ ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು

1.3 ಅಧ್ಯಯನ ಉದ್ದೇಶಗಳು

1.4 ಅಧ್ಯಯನ ವಿಧಾನ

1.5 ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಮಹತ್ವ ಹಾಗೂ ಮಿತಿಗಳು

1.6 ಅಧ್ಯಾಯಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ

ಅಧ್ಯಾಯ : ಒಂದು

ವಿಷಯ ಪ್ರವೇಶ

1.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದ ಸರ್ವಾಂಗೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಅಡಿಪಾಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದು ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ. ಈ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವೂ ಒಂದು. ಇವು ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪಾಲುದಾರರಾದ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಮೊದಲ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನದ ರೂಪು ರೇಷೆಯನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪ್ರಥಮ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಆರು ಭಾಗಗಳಿವೆ. ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಷಯವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎರಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಷಯದ ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಮೂರನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ, ಅಧ್ಯಯನ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಾಲ್ಕನೆ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ, ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಮಹತ್ವ ಹಾಗೂ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಐದನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಆರನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಾಯಗಳ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ವಿಚಾರ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿಂದೆ ಜನರನ್ನು ಮತ್ತು ಜನರ ಕರ್ತೃತ್ವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು, ಅವರ ಕುಶಲತೆಯನ್ನು, ಅವರ ದೈಹಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು, ಸಂಪನ್ಮೂಲವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು(ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್–1994, ಮೆಹಬೂಬ್ ಉಲ್ ಹಕ್–1996 ಅವರ ಬರಹಗಳಿಂದ). ಜನರನ್ನು ಅಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ 'ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ

ಆಚರಣೆಗೆ ಬಂದಿತು. ಇಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ, ಅಕ್ಷರಜ್ಞಾನ, ಅವರ ಕುಶಲತೆ-ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಉಪಕರಣಗಳಂತೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಒಬ್ಬ ಕಾರ್ಮಿಕನಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಏಕೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಅಂದರೆ, ಅದರ ಮೂಲಕ ದುಡಿಮೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಅಂತಲೂ, ಒಬ್ಬ ತಾಯಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಏಕೆ ಬೇಕು ಅಂದರೆ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬೆಳೆಸಲಿಕ್ಕೆ ಎಂತಲೂ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದೆಂತಲೂ ಭಾವಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಬಗೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಮತ್ತು ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ 'ಉಪಕರಣವಾದಿ ಯೆಂತಲೂ', 'ಸರಕು-ಸರಂಜಾಮು ಮಾದರಿ'ಯೆಂತಲೂ ಕರೆದಿದ್ದಾರೆ. ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು, ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇತರೆ ಸಂಗತಿಗಳಾದ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮುಂತಾದ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತಾವುದೋ ಒಂದರ ಸಾಧನವನ್ನಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಈ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಗೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅಂತರ್ಗತ ಭಾಗವಾಗಿ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಮಾನದಂಡವಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯವು ಮನುಷ್ಯನ ಅಂತರ್ಗತವಾದ ಒಂದು ಗುಣ. ಉತ್ಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿ ಆಗಬಹುದು ಅಥವಾ ಆಗದಿರಬಹುದು, ಅದಿಲ್ಲದೆಯೂ ಕೂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಒಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನೆಂದು ಕರೆಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅವನಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಲಿಕ್ಕೆ ಅವನಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇವಲ ಉಪಕರಣವಲ್ಲ. ಅದು ಮನುಷ್ಯನ ಅಂತರ್ಗತವಾದ ಗುಣ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅಂತರ್ಗತ-ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವೆಂದು ಸಂಭಾವಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ (ಇಂಟ್ರಿನ್ಸಿಕ್ ವ್ಯಾಲ್ಯು) ಒಂದು ದೇಶ, ಪ್ರದೇಶ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿಕೊಂಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ದುಃಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಮಾನದಂಡವನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯವೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ. ಅದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಾಧನವೂ ಆಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಸಾಧ್ಯತೆಯೂ ಆಗಿದೆ.

ಈ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಲ್ಲಿ ಜನರ ಧಾರಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ವಿಸ್ತರಣೆಗೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಇರುವ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚಿಗಳ ಪೈಕಿ ಮೊದಲನೆಯದು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ದೀರ್ಘಾಯಸ್ಸುಳ್ಳ ಜೀವನ. ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಬದುಕನ್ನು ಸಾಗಿಸಲು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಅತ್ಯಂತ ಮಹತ್ವವಾದುದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು

ಜೀವನಾಯುಷ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅದು ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಗಂಡಾಂತರಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಿಲುಕುವ ಜನವರ್ಗವೆಂದರೆ ಬಡವರು, ಮಹಿಳೆಯರು, ಪ.ಜಾತಿ, ಪ.ಪಂಗಡಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಜನರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005). "ಭಾರತದಲ್ಲಿಯ ಜನರ ದುಃಸ್ಥಿತಿಗೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಅಭದ್ರತೆಗೆ 'ಅನಾರೋಗ್ಯ' ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯವು ರೋಗಿಯನ್ನು ಬಾಧಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ, ರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರಾದ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೂ ಸಹ ನೋವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ತಗ್ಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಅನ್ನುವುದನ್ನು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವ ಅಧಿಕಾರ(ಹಕ್ಕು). ಹಣವಿದ್ದವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವಲ್ಲ. ಕಾಯಿಲೆ ಬಾರದ ಹಾಗೆ ಬದುಕಬೇಕಾದುದು ಅವನ ಅಧಿಕಾರ. ಇದಕ್ಕೆ ಆ ರೀತಿಯ ವಾತಾವರಣ ಒದಗಿಸಬೇಕಾದುದು ಸಮಾಜದ, ಸರಕಾರದ ಕರ್ತವ್ಯ (ಗ್ರಿಫಿನ್.ಸಿ–1991). ಜನತೆಗೆ ಸುಸಜ್ಜಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಪೂರೈಸಬಹುದಾಗಿದೆ"(ಡ್ರೀಜ್ ಮತ್ತು ಸೇನ್, 1995;101) ಜನತೆಯ ಸುಖಕರ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣಗಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಾತ್ರಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ಸುಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ" (ಡ್ರೀಜ್ ಮತ್ತು ಸೇನ್–1995;43) "ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಕುರಿತ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ವಿಚಾರಧಾರೆಯು ಆರೋಗ್ಯ, ಆಯಸ್ಸು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ವರಮಾನ ವೃದ್ಧಿಸಬಲ್ಲ ಸಾಧನಗಳ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡಿದ್ದವು. ಹಾಗೆಯೇ "ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವಾ ಸವಲತ್ತುಗಳು ಮಾನವನ ಧಾರಣಾ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ" (ಚಂದ್ರಶೇಖರ್,1999;35). ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ವೆಚ್ಚವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾರದು ಎಂದು ನಂಬಿಕೊಂಡು ಬರಲಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ 'ಆರೋಗ್ಯ' ಮತ್ತು 'ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಹಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. "ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಟನೆ(WHO)ಯ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಮೇಲಿನ ಅಲ್ಪ ವೆಚ್ಚವು, ಕೃಷಿ ವಲಯದಲ್ಲಿಯ ಉತ್ಪನ್ನದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ವಾಗುತ್ತದೆ"(ಗಾರಡಲ್–1984;4). "ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ವೆಚ್ಚವು ಜನತೆಯ ದುಡಿಮೆಯ ಅವಧಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅದು ಕೆಲಸದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸಹ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆ"(ಲೇವಿಸನ್–1966;110). ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯದಿಂದ ವಂಚಿತರಾದ ಜನತೆ ತಮ್ಮ ಉತ್ಪನ್ನದಾಯಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿರಾಸಕ್ತಿ ತೋರುವ ಸಂಭವ ಸಹ ಇರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುಂಟಿತವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು.

ಈಗಿನ ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಎಂಬ ಎರಡು ವಿಧಗಳಿವೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಎಂದರೆ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಳಪೆ ಎಂತಲೂ ಖಾಸಗಿ ಎಂದರೆ

ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಉತ್ಕೃಷ್ಟವೆಂತಲೂ ಮತ್ತು ಗ್ಯಾರಂಟಿ ಎಂಬ ಮನೋಭಾವ ಜನರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿದೆ. ಇದು ಸತ್ಯವೂ ಇರಬಹುದು. ಹಾಗೆಯೇ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿ ನೋಡಿದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯೆಂದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಜೊತೆಗೆ ನಾಟಿ ಆಧುನಿಕ, ಆಯುರ್ವೇದಿಕ್ ಮತ್ತು ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಎಂದು ವಿಭಜಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದವರು ಮತ್ತು ಹಣ ವ್ಯಯಮಾಡುವವರು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಅವಕಾಶ ಹೊಂದಿದ್ದು ಬಡವರು, ನಿರ್ಗತಿಕರು, ಹಣ ಖರ್ಚುಮಾಡಲಾಗದವರು ಲಭ್ಯ ಸರಕಾರಿ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿರಬೇಕಾದುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಯಾವುದೇ ದೇಶವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲು ಬಳಸಬಹುದಾದ ವಿಧಾನವೆಂದರೆ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ರೋಗರಹಿತ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಜನರ ಸರಾಸರಿ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ಆಧಾರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರವೆಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುವುದು. ಹಾಗೆಯೇ ಯಾವ ದೇಶದಲ್ಲಿ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದೋ ಮತ್ತು ಜೀತಾವಧಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದೋ ಆ ರಾಷ್ಟ್ರವು ಆರೋಗ್ಯವಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರವೆನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ಮಾನ ದಂಡವನ್ನಿಟ್ಟು ನೋಡಿದಾಗ ಭಾರತ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ರಾಷ್ಟ್ರವಲ್ಲವೆಂಬುದು ತೀರ್ಮಾನವಾಗುತ್ತದೆ (ಎಂ.ನಾರಾಯಣ–2001). ಏಕೆಂದರೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳು ಆರಂಭಗೊಂಡಿವೆ. ವೈದ್ಯರ, ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಬಹುತೇಕ ಎಲ್ಲಾ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಕಾಲರ, ಪ್ಲೇಗ್, ಸಿಡುಬು, ವಿಷಮಶೀತ ಜ್ವರ, ಮಲೇರಿಯ, ಕ್ಷಯರೋಗಗಳಂಥವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸರಬರಾಜನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರು ಮತ್ತು ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗೂ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಪ್ರಜ್ಞೆಯ ಅರಿವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ,

ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿದು ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತವು ರೋಗ ಮುಕ್ತವಾಗಿಲ್ಲ. ಸ್ಥೂಲ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 6.10 ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 8.70 ಇರುತ್ತದೆ. ಶಿಶುಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 40 ಇದ್ದರೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 69 (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005)ಇರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತೃಪ್ತಿದಾಯಕವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

1948ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರ್ಣಯಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ದಿಕ್ಸೂಚಿಯಾಗಿದೆ. ಅವು "ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನೂ ಬದುಕುವ, ಜೀವನದ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಸೇರಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ದಿಂದಿರುವ ಹಕ್ಕು ಪಡೆದಿದ್ದಾನೆ". ಹಾಗೆಯೇ "ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಬೇಕಾದ ಆರೋಗ್ಯ, ತನಗೂ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಸಂಸಾರಕ್ಕೂ ಬೇಕಾದ ಆಹಾರ, ಬಟ್ಟೆ, ವಸತಿ, ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಹಾಗೂ ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಕಾಯಿಲೆ, ವೈದವ್ಯ, ಮುದಿತನ ಅಥವಾ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತ ಘಟನೆಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಬಾಲ್ಯ ಮತ್ತು ತಾಯಿತನವು ವಿಶೇಷ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಅರ್ಹವಾಗಿದೆ" (ಔಷಧ ವಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಶ್ರೀ ಸಾಮಾನ್ಯ–1991). ಅದೇರೀತಿ, ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ರಾಜ್ಯಾಂಗದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯು ಈ ಮಾತನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತದೆ. "ಯಾವುದೇ ಜನಾಂಗ, ಧರ್ಮ, ರಾಜಕೀಯ ನಂಬಿಕೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸದೇ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯದ ಆನಂದ ಅನುಭವಿಸುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮಾನವನ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು". ಎಂದು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ಣಯ ಪ್ರಕಟಗೊಂಡು 60 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದರೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಆನಂದವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಆಗದಿರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ.

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ 1978ರಂದು ಜರುಗಿದ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸಿದಂತೆ 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ(ಮೋನಿಕದಾಸ್–ಗುಪ್ತ–1998, ವಿ.ಎನ್.ಭಟ್–1990). ಎಂಬ ಘೋಷಣೆಯನ್ವಯ ಸರಕಾರಗಳು ಅನೇಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡವು. ಸರಕಾರದ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಒಟ್ಟಾರೆ ಉದ್ದೇಶ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ ನೀಡುವುದು. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣಗೊಳಿಸಲು ಮತ್ತು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು

ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಲು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸಲು ಶಿಕ್ಷಣ ಒದಗಿಸುವುದು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಕಲಬೆರಕೆಯಾಗದಂತೆ ಸೂಕ್ತ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು. ತಾಯ್ತನ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ, ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಲಸಿಕೆ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದಾಗುವ ರಕ್ತಹೀನತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಮತ್ತು ಅಂಧತ್ವವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಡುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದಾಗಿದೆ. 1978ರ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಭಾರತದ ಕೇಂದ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯ ತ್ವರಿತ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡು 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ'(ನ್ಯಾಶನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ)ಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿತು. ಇದನ್ನು 1983 ರಲ್ಲಿ ಪಾರ್ಲಿಮೆಂಟಿನಲ್ಲಿ ಅಂಗೀಕರಿಸಲಾಯಿತು. ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ವಿಸ್ತಾರಗೊಂಡು ರಾಷ್ಟ್ರದಾದ್ಯಂತ ಸಾವಿರಾರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಸ್ಥಾಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟವು. ಇವುಗಳೆಲ್ಲವೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಲ್ಲಿ ನೆಲೆಗೊಂಡಿವೆ. ಇವುಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ನಡುವಿನ ಮೊದಲ ಸಂಪರ್ಕವಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತಿವೆ. ಇಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಆರೋಗ್ಯರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಜನರ ಬಹುತೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿಯೇ ನಿಭಾಯಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಕೆಲಸಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿವೆಯೆ? ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅದಕ್ಕಿರುವ ತೊಂದರೆಗಳೇನು? ಅನ್ನುವುದರ ಅಧ್ಯಯನ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ವಿಶ್ವದ ಬಹುಪಾಲು ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಎದಿರುಸುತ್ತಿರುವ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಪ್ರಮುಖವಾದುದು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಹಾಗೂ ಬಡ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅನೇಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದ ಕೂಡಿವೆ. ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಭೌಗೋಳಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಕಾರಣಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಅನೇಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ದೃಢಪಡಿಸಿವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಆಯಾ ದೇಶದ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಭಾರತದ ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.72.18ರಷ್ಟು(ಜನಗಣತಿ 2001) ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಗ್ರಾಮ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ವೈದ್ಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಹಿಂಜರಿಯುವುದು ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸವಾಲಾಗಿದೆ. ಶೇ.75ಭಾಗ ಜನರಿರುವ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.25ಭಾಗ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶೇ.25ಭಾಗ ಜನರಿರುವ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.75ಭಾಗ ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆ (ಎಲ್.ಸಿ.ಜೈನ್–2007). ಈ ಅಸಮಾನ ಅಂತರದಿಂದಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ

ಶುಶ್ರೂಷೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ಸೇವಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಒಂದುಕಡೆಯಾದರೆ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವಷ್ಟು ಔಷಧಗಳ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಮತ್ತೊಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗೀಯಾಗಿ ಔಷಧ ಪಡೆಯಲು ಔಷಧಿಗಳ ಬೆಲೆ ಹೆಚ್ಚು ದುಬಾರಿಯಾದ್ದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಕೊಂಡು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಗ್ರಾಮೀಣರಿಗಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ರೋಗ ಬಂದಹಾಗೇ ಹೋಗಬೇಕು ಅನ್ನುವಂತಾಗಿದೆ. ಹೀಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮುಗಳ ಮಹತ್ವವೇನು ಅನ್ನುವುದನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಾನವಶಕ್ತಿಯು ದೇಶದ ಬಹುದೊಡ್ಡ ಆಸ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಮಿಕರ ದಕ್ಷತೆಯು ಬಹುವಾಗಿ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. 1993ರ ವಿಶ್ವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯವು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ನಾಲ್ಕು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೆರವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಕಾರ್ಮಿಕನ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಉತ್ಪಾದನಾ ನಷ್ಟವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಇದುವರೆಗೆ ಬಳಸಲಾಗದಿದ್ದ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಲು ಅದು ಅವಕಾಶ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅದು ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ದಾಖಲಾತಿಯನ್ನು ಅದಿಕಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಅವರು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಲಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಭಾರತ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಾಗಿರುವವರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ತೀರ ವಿರಳವಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಾಗಲು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸದೃಢರು ಹೆಚ್ಚು ಕೆಲಸದ ನಿರ್ವಹಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಅತಿಯಾದ ದಕ್ಷತೆ, ನಿರಂತರ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಣೆ ಅವಶ್ಯ ವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಾನವಸಂಪತ್ತನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಗಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚಿದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಎನ್ನಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದರೂ ಆರೋಗ್ಯವಂತರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಲ್ಲಿನ ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವವೂ ಕೂಡ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗೆ ಜೀವನ ನಡೆಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರತಿ ಶತ ಶೇ.33 ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿದೆ(ಸಬೇಸನ್ ಎಸ್–2005). ಅವರಿಗೆ ಬರುವ ಆದಾಯ ಅವರ ದೈನಂದಿನ ಅಗತ್ಯಗಳಾದ ಊಟ, ಬಟ್ಟೆ, ವಸತಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಹಣಕೊಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಸಹಕಾರ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಕೈಗೊಂಡಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಿವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಶೋಧಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

1.2 ಅಧ್ಯಯನ ವಿಷಯದ ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು

1948ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರ್ಣಯಗಳ ಪ್ರಕಾರ "ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನೂ ಬದುಕುವ, ಜೀವನದ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಸೇರಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವ ಹಕ್ಕು ಪಡೆದಿದ್ದಾನೆ". ಎಂಬುದಾಗಿದೆ(ಔಷಧ ವಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಶ್ರೀ ಸಾಮಾನ್ಯ-1991). ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವತಂತ್ರ ಭಾರತದ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ 1946ರಲ್ಲಿ ವರದಿ ನೀಡಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಯ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಯಥಾವತ್ತಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ತರಲು ಅಂದಿನ ಸರಕಾರ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿತು. ಹಾಗಾಗಿ 1952ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ನೆಹರು ಸರಕಾರ ರೂಪಿಸಿತ್ತು. ಈ ನೀತಿಯ ಉದ್ದೇಶ ಕೆಳಸ್ಥರದಲ್ಲಿರುವ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವವರೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಮಗ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅದು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ದುಡ್ಡಿಲ್ಲದವರು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಯಾರೊಬ್ಬರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬಾರದು ಎಂಬುದೇ ಇಡಿ ನೀತಿಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇಂದು ನಾವು ಯೂಸರ್ ಚಾರ್ಜಸ್ ಸಿಸ್ಟಂ ನಲ್ಲಿದ್ದೇವೆ. ಹಣನೀಡಿದವರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಂದು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಹಣವಿಲ್ಲದ ಗ್ರಾಮೀಣರಿಗೆ ಅದೇ ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲದ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಆರಂಭದ ಉದ್ದೇಶ ದಾರಿತಪ್ಪಿದಂತಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದು ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 2004ರಂದು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು.(ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ-2005). ಇದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ 8 ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. 1. ಸಮಗ್ರ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದು, 2. ಮೆಚ್ಚ ತಕ್ಕ ರೀತಿಯ ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರಗತಿಯ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಸಲಹಾ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದು, 3. ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಸಮಾನತೆ ಸಾಧಿಸುವುದು, 4. ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸುವುದು, 5. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು, 6. ಆರೋಗ್ಯ

ಮೂಲಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು, 7. ಕೈಗೆಟಕುವ ಬೆಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಔಷಧಿ ದೊರೆಯುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು, ಹಾಗೂ 8. ಪರ್ಯಾಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಜನರಿಗೆ ಒದಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇ ಆಗಿದ್ದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಸರಕಾರದ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಕೆಲವು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಸುಧಾರಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಕುಸಿದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ನಿಯೋಜಿಸಬೇಕೆಂದು ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಸಲಹೆಗಳು ಒತ್ತಡಗಳು ಬರುತ್ತಿವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ನೇಮಕಾತಿ ಕೂಡ ಆಗುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ಅನೇಕ ವೈದ್ಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋಗದಿರುವುದು ಸವಾಲಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಣ ಖರ್ಚುಮಾಡಿ ದೊಡ್ಡದೊಡ್ಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಅಭ್ಯಸಿಸಿದ ವೈದ್ಯರು ಏನೂ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲದ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಹೋಗಿ ಸೇವೆಸಲ್ಲಿಸಲು ಇಷ್ಟಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಈಗಿನ ನಮ್ಮ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕಟ್ಟಡ, ನೀರು, ವಿದ್ಯುತ್, ಉಪಕರಣಗಳು, ಇತರೆ ಪ್ಯಾರಾಮೆಡಿಕಲ್ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು, ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯ, ವಸತಿ ಇವುಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವುದು ಒಂದಾದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಶಾಲೆಗಳಿಲ್ಲ. ಸರಿಯಾದ ಸಾರಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಿಲ್ಲ. ಮನೋರಂಜನೆಗೆ ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆಯೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರುವವರು ಬಹುತೇಕರು ಬಡವರು. ಅವರಿಗೆ ಎಲ್ಲ ಔಷದೋಪಚಾರ ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಿಗಬೇಕು. ಇದು ಸರಕಾರದ ನೀತಿಯೂ ಹೌದು. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸರಬರಾಜಾಗುವ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಯ ರೋಗಿಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಈ ಔಷಧಗಳು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಔಷಧ ಇಲ್ಲ ಎನ್ನುವುದರಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಮುಜುಗರಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗವೆಂದು ಏನೂ ನಾಗರೀಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲದ ಊರಿಗೆ ಹೋಗಿ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬದಲು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇಂದು ಚಿಕ್ಕ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ತೆರೆದರೆ ಉತ್ತಮ ಸಂಪಾದನೆ ಮಾಡಬಹುದು ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರುವ ವೈದ್ಯರೇ ಹೆಚ್ಚು. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಉಪಕರಣಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಅಗತ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅಭ್ಯಸಿಸುವುದು ಸಂಶೋಧನೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲದೇ ಇರುವುದು ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾದರೆ, ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇರುತ್ತವೆ ಅವು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಎಷ್ಟೋಕಡೆ ಲೆಕ್ಕಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಉಪಕರಣಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಸಾಕಷ್ಟು ಕಡೆ ಇರಬೇಕಾದ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಇರುತ್ತವೆ ಆದರೆ ಗುಣಮಟ್ಟ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ದೊರೆಯಬೇಕಾದ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಏನು ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇರಬೇಕು? ಈಗ ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಏನು ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು? ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಂತರದ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಉಪ ಕರಣಗಳನ್ನು ಮೂರು ರೀತಿ ವರ್ಗೀಕರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಒಂದು ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ(ಫಂಕ್ಷನಲ್) ಉಪಕರಣಗಳು, ಎರಡು ಉಪಕರಣ ಇದೆ ಆದರೆ ಸಣ್ಣ ರಿಪೇರಿಯಿಂದ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದಿಲ್ಲ (ನಾನ್ ಫಂಕ್ಷನಲ್). ಮೂರನೆಯದು ಕೆಲಸವೇ ಮಾಡದ ಅಥವಾ ಹಾನಿಕಾರಕ ಉಪಕರಣಗಳು(ಡಿಸ್ ಫಂಕ್ಷನಲ್). ಇವುಗಳು ಕೆಟ್ಟು ನಿಂತಿರುವವು ಲೆಕ್ಕಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಇವೆ, ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಹಾನಿಕಾರಕ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಶೌಚಾಲಯ ಇದೆ ಆದರೆ ಯಾರೂ ಬಳಸುವಂತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇರುವ ಚೇಂಬರ್ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡು ಹೊಲಸು ತುಂಬಿ ನಾರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಆ ಸುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶ ವಾಸನೆಯುಕ್ತವಾಗಿ, ವಿಷಕ್ರಿಮಿಗಳ, ನೊಣಗಳ ಉಗಮಸ್ಥಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿ ಮತ್ತಷ್ಟು ರೋಗಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಡಿಲು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ, ಆಶಾ ಇನ್ನಿತರ ಅನೇಕ ಸರಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. 6ತಿಂಗಳಿಂದ 6ವರ್ಷದ ವರೆಗಿನ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೇವೆ, ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ಮಾಹಿತಿ ಸೇವೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಶಿಕ್ಷಣದ ಸೇವೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ವಿಟಮಿನ್ ಗುಳಿಗೆಗಳ ಸರಬರಾಜು, ಮಕ್ಕಳ ವಯೋಮಾನಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಾದ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಗಳು, ಸ್ವಚ್ಚತೆ, ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆ-ಪೋಷಣೆ, ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪೂರಕವಾದ ಇನ್ನಿತರ ಸಹಾಯಗಳು ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದರೆ ಸರಕಾರ ನೀಡುವ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಗಳಂತಹ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಇವುಗಳ ಅರಿವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಲ್ಲಿಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನೆ ಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಯೋಜನೆಗಳು ಎಷ್ಟೋ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಿಗಧಿತ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಅರಿವಿನ ಆಳವನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಈ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯಸದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

✓ಹಾಗೆಯೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರ ಆದಾಯ ಅವರ ದೈನಂದಿನ ಅಗತ್ಯಗಳಾದ ಊಟ, ಬಟ್ಟೆ, ವಸತಿ ಇತ್ಯಾದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರಿಗೆ ಹಣ ಕೊಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರು ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆ, ಗುಣಮಟ್ಟ ಇನ್ನಿತರೆ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಎಷ್ಟೋ ಸಂರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಳ್ಳಿಯ ಬಡ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮಾನವೀಯತೆಯಿಂದ ಮಾತನಾಡಿಸುವಷ್ಟು ಸೌಜನ್ಯವಿಲ್ಲದ ವೈದ್ಯರು, ಉಪಚಾರಕ್ಕಿಂತ ಅಪಮಾನವೇ ಹೆಚ್ಚು ಸುಲಭವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕುವ ಸಂದರ್ಭವಿದೆ. ಚೈತನ್ಯವಿರುವವರು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಉತ್ತಮವಿರಬಹುದಾದ ಕಡೆ ಅಂದರೆ ಖಾಸಗಿ, ಇಲ್ಲವೇ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಚೈತನ್ಯವಿಲ್ಲದವರು ಹಿಂದಿನ ಕಂದಾಚಾರಗಳಲ್ಲೇ ತೃಪ್ತಿ ಪಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ, ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ, ಹಣಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣನೀಡದವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ, ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ/ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ, ರಾತ್ರಿವೇಳೆ ಊರಲ್ಲಿ/ಉಪಕೇಂದ್ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಬಂದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ, ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಆಪಾದನೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಇದನ್ನು ಸಂಶೋಧನೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸರಕಾರದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಒಂದು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವತಂತ್ರ ಭಾರತದ ಸರಕಾರಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತಾ ಬಂಧಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ನಿರಾಸಕ್ತಿ ತೋರಿರುವುದು ಬಹುದೊಡ್ಡ ತೊಡಕಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ನಿದರ್ಶನ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಔಷದೋಪಚಾರಗಳ ಕೊರತೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ಹೊರತಂದಿರುವ 2008ರ ಸಮೀಕ್ಷಾ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 1.46 ಲಕ್ಷ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, 23,458 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು 4276 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇವೆ. ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟು 30 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ 8143 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, 2195 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು 323 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇವೆ. ರಾಜ್ಯದಲಿರುವ 2195 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪೈಕಿ 1814 ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕ ಆಗಿರುವುದು ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ನೇಮಕವಾದ ವೈದ್ಯರು ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಬರುವುದು ಬಿಡುವುದು ಬೇರೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆ.

ಆದರೆ 381 ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕವೇ ಆಗದಿರುವುದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಸ್ತ್ರೀ ರೋಗ ತಜ್ಞರು 323 ನೇಮಕವಾಗಬೇಕಿತ್ತು. ನೇಮಕವಾಗಿರುವುದು ಕೇವಲ 215 ಮಾತ್ರ, ಇನ್ನು ಫಿಜಿಸಿಯನ್ 323 ಇರಬೇಕಾಗಿತ್ತು ಇರುವುದು 192 ಮಾತ್ರ ಹೀಗೆ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು, ರೇಡಿಯೋ ಗ್ರಾಫರ್‌ಗಳು, ಔಷಧಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಜ್ಞರು, ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ನೇಮಕಾತಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಆಗದಿರುವುದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತದೆ(ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಶನ್–ಮಾರ್ಚ್–2008ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು). ಈ ಕೊರತೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

1.3 ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳು

ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗೀ ಎಂಬ ಎರಡು ವಿಧಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮ್ಯತೆಯಿಲ್ಲ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಎಂದರೆ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಳಪೆ ಎಂತಲೂ ಮತ್ತು ಬಡವರಿಗಾಗಿ ಎಂತಲೂ, ಖಾಸಗಿ ಎಂದರೆ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಉತ್ಕೃಷ್ಟ ವೆಂತಲೂ ಮತ್ತು ಗ್ಯಾರಂಟಿ ಎಂತಲೂ ಅರ್ಥೈಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿ ನೋಡಿದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯೆಂದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಗಳಿಗೆ ಇರಬಹುದಾದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ದೊರೆಯುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಇರಿಸಿಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

1. ಸರಕಾರದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು
2. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಗಳ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು
3. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದು

4. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ ಹಾಗೂ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವುದು ಆಗಿದೆ

1.4 ಅಧ್ಯಯನ ವಿಧಾನ

ಅಧ್ಯಯನದ ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನವನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಮೂಲತಃ ನಿದರ್ಶನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದ್ದರೂ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತಾತ್ವಿಕ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಆನುಷಂಗಿಕ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಆಧಾರಿತ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಒಂದನೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ–2004, ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್–3 ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005ರಿಂದ ಹಾಗೂ ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ನೇಮಕಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧ್ಯಯನ ಆಯೋಗಗಳ ವರದಿಗಳು, ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಡಾ.ಸುದರ್ಶನ್ ಅವರ ಕರ್ನಾಟಕ ಹೆಲ್ತ್ ಟಾಸ್ಕ್ ಫೋರ್ಸ್ ವರದಿಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆಯ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ವಾರ್ಷಿಕ ವರದಿಗಳ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಇಲಾಖೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ವರದಿಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ.

ಎರಡನೆಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಯ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಲು ಭಾರತ ಸರಕಾರದ ಡೈರೆಕ್ಟರೇಟ್ ಜನರಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವಿಸೆಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್‌ಫೇರ್ ಇವರು ಹೊರತಂದಿರುವ ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಪುಸ್ತಕದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಬೇಡಿಕೆಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ ಇವರು ಹೊರ ತಂದಿರುವ ಕೈಪಿಡಿ ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಂದ ಪೂರ್ವರಚಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

ಮತ್ತು ಚರ್ಚೆಯ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಂದರ್ಶನ ಸೂಚಿಯ ಅನ್ವಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗಿದ್ದು ಮಾಹಿತಿದಾರರು ನೀಡಿರುವ ಉತ್ತರವನ್ನು ಅವರ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ತುಂಬಲಾಗಿದೆ. ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ವೈದ್ಯರ ಉಪಚಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವರ್ತನೆ ಕುರಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಇಲ್ಲಿ ಚುನಾಯಿತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಜನತೆಯನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಸಂದರ್ಶಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಇವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆ ತಾಳೆ ನೋಡುವ ಮೂಲಕ ಇರುವ ಅಂತರ ಮತ್ತು ವಿತರಣೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿ ಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಮೂರನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹಾಗೂ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಮೂರು ಮೂಲಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು, ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರದೇಶದ ಗ್ರಾಮಸ್ಥರ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಎರಡು, ಪೂರ್ವರಚಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯ ಮೂಲಕ, ಮೂರನೆಯದು, ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಜನಪ್ರತಿನಿದಿಗಳು, ವಿದ್ವಾಂಸರು, ಸಂಶೋಧಕರು, ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಇತರರೊಡನೆ ವ್ಯಾಪಕ ಚರ್ಚೆಮಾಡಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ ಹಾಗೂ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯ ಆಧಾರವನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ ಆನುಷಂಗಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಹಾಗೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯ ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ, ರಾಜ್ಯ ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಮತ್ತು ಯೋಜನಾ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಧಾರವಾಡದ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ಮಲ್ಟಿ ಡಿಸಿಪ್ಲೀನರಿ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರೀಸರ್ಚ್ ಇವರ ಮೋನೋಗ್ರಾಫ್ ಸೀರಿಸ್‌ಗಳಿಂದ; ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಐಸ್ಯಾಕ್ ಅವರ ವರ್ಕಿಂಗ್ ಪೇಪರ್‌ಗಳ ಮೂಲಕ; ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಉನ್ನತಾಧಿಕಾರ ಸಮಿತಿ ವರದಿ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ–2002; ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಫಾರ್ ಪಾಪುಲೇಷನ್ ಸೈನ್ಸಸ್–ಮುಂಬೈ ಇವರ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್ ಲೆವೆಲ್ ಹೌಸ್‌ಹೋಲ್ಡ್ ಸರ್ವೆ–3(2007–08); ಇಂಟರ್ ನ್ಯಾಶನಲ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಫಾರ್ ಪಾಪುಲೇಶನ್ ಸೈನ್ಸಸ್, ಮುಂಬೈ ಇವರ ನ್ಯಾಶಿನಲ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೆ–3(2005–06);

ಸೆನ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ವರದಿ–2001; ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್‌ಫೇರ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ–2006; ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005; ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಸೌತ್ ಏಶಿಯಾ–2004(ದಿ ಹೆಲ್ತ್ ಚಾಲೆಂಜ್), ಕರ್ನಾಟಕ ಅಟ್ ಎ ಗ್ಲಾನ್ಸ್–2007–08; ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್ ಅಟ್ ಎ ಗ್ಲಾನ್ಸ್–ಬಳ್ಳಾರಿ–2006–07 ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಹೊರತಂದಿರುವ ಕೈಪಿಡಿ ಹಾಗೂ ಅಂತರ್ಜಾಲದ ಮೂಲಕ ಆನುಷಂಗಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರದೇಶ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯ್ತಿಯಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ಪ್ರಕಟಿತ ಮತ್ತು ಅಪ್ರಕಟಿತ ದಾಖಲೆಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ಲಿಖಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ(2009) ನಡೆದಿರುವ ಅಧ್ಯಯನಗಳು, ಪ್ರಕಟಿತ ಪುಸ್ತಕಗಳು, ನಿಯತ ಕಾಲಿಕೆಗಳು, ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಹಾಗೂ ಪ್ರಕಟಿತ ಮತ್ತು ಅಪ್ರಕಟಿತ ಸಂಶೋಧನಾ ಗ್ರಂಥಗಳ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿ ಕೊಳ್ಳುವುದು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪೂರ್ವರಚಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ನೇರ ಸಂದರ್ಶನದ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ದೊರೆಯುವಿಕೆಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಾದ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಎಲ್ಲಾ 15 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಪ್ರತಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಇರುವ (ಹೊಸಪೇಟೆ 20ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ40 ಒಟ್ಟು 60) ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. (ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಾದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಟಿಸಲಾಗಿದೆ) ಹಿಂದುಳಿದಿರುವ ಪ್ರತಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಂದರಂತೆ ಅಂದರೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಸರಳ ಯಾದೃಚ್ಚಿಕ(ಸಿಂಪಲ್ ರ್‍ಯಾಂಡಮ್)ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸಿ ಒಂದು ನೂರು ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಹೊಸಳ್ಳಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಸರಳ ಯಾದೃಚ್ಚಿಕ(ಸಿಂಪಲ್ ರ್‍ಯಾಂಡಮ್)ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸಿ 100 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ

ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿಂದ 200 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಾಲುದಾರರುಗಳಾದ 10 ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು, 60 ಎ.ಎನ್.ಎಂಗಳನ್ನು(51 ಮಹಿಳೆಯರು; 09 ಪುರುಷರು), 40 ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು, 20 ವಿವಿಧ ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖಂಡರುಗಳನ್ನು, 20 ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತ್ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶನಮಾಡಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು 350 ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

1.5 ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಮಹತ್ವ ಹಾಗೂ ಮಿತಿಗಳು

ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ನನಗೆ ಮೂಲ ಪ್ರೇರಣೆಯಾದ ಅನೇಕ ಸಂಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದವನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುತ್ತೇನೆ. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 60ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್ ಉತ್ಪಾದನಾ ಗಣಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ನಡೆಸುತ್ತಿವೆ. ಇವು ತೆರೆದ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಅತಿಯಾದ ಧೂಳು ಹೊರಹೊಮ್ಮುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗುವ ಹತ್ತಾರು ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಉದ್ಯೋಗವಾದ ಕೃಷಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಭಿನ್ನ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರಿದೆ, ಅಂದರೆ ಬೆಳೆಯ ಇಳುವರಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು, ಬೆಳೆದ ಧಾನ್ಯ ಮತ್ತು ತರಕಾರಿಗಳ ಮೇಲೆ ಕೆಂಪುಮಣ್ಣಿನ ದೂಳು ಶೇಖರಣೆ, ಇದರಿಂದ ಆಹಾರ ಧಾನ್ಯ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ತೊಡಕುಂಟಾಗಿರುವುದು, ಆದ್ದರಿಂದ ಕೃಷಿ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಅನಾಸಕ್ತಿ ಮುಂತಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ರೋಗಗಳ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಕಂಡುಬಂದು ಹೊಸಬಗೆಯ ರೋಗಗಳು(ಅತಿಯಾದ ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ, ಚರ್ಮರೋಗಗಳು, ಏಡ್ಸ್, ಅಪಘಾತಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ) ಅತಿಯಾಗಿರುವುದು. ಹಾಗೆಯೇ, ರಾಜ್ಯದ ಆದಾಯದಲ್ಲಿ (2009) ಜಿಲ್ಲೆಯ ವರಮಾನ ಮೂರನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಈ ವರಮಾನದ ಹೆಚ್ಚಳ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಿಯೂ ಇದು ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ "ವರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಮೂರು ರೀತಿಯಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಬಹುದು. ಒಂದು, ಸಂಪತ್ತು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ(ವೆಲ್ತ್ ಜನರೇಶನ್). ಎರಡು, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿದೆ. (ಹೆಲ್ತ್ ಡಿ ಜನರೇಶನ್). ಮೂರು, ಪರಿಸರ ನಾಶವಾಗುತ್ತಿದೆ(ಎನ್ವಿರಾನ್ಮೆಂಟಲ್ ಡಿಗ್ರೇಡೇಶನ್)"(ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿ–1999). ಆದ್ದರಿಂದ ಇದೊಂದು ವಿಶಿಷ್ಠ ಸಂಗತಿಯಾಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಜೊತೆಗೆ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ನಿವಾರಣಾ ಉನ್ನತಾಧಿಕಾರ ಸಮಿತಿ ವರದಿಯಲ್ಲಿ

ಗುಲಬರ್ಗಾ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶವೆಂದು ಗುರುತಿಸಿದೆ. ಆ ಪ್ರಕಾರ ರಾಜ್ಯದ ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ 39 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಪೈಕಿ ಗುಲಬರ್ಗಾ ವಿಭಾಗ 21 ತಾಲ್ಲೂಕು ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ ಹಿಂದುಳಿದಿರುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಈ 21 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಒಂದು ಸಂಡೂರು ಮತ್ತೊಂದು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ. ಅದೇರೀತಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದವುಗಳಾಗಿಯೂ, ಉಳಿದ 3 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಅತಿ ಹಿಂದುಳಿ ದವುಗಳ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿವೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯಿಲ್ಲದ ಮತ್ತು ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಪುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯನ್ನು, ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ(ರಿಲೇಟಿವ್‌ಲಿ) ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ಯಾವರೀತಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವದಕ್ಕಾಗಿ ಇವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯು 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಒಟ್ಟು 2027140 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ.65.12 ರಷ್ಟು ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆ 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ 374949 ಹೊಂದಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ153499 ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿರುವ ಒಟ್ಟು 272183 ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ 227633ರಷ್ಟು ಜನರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಬಹುತೇಕ ಜನರು ಗ್ರಾಮೀಣ ವಾಸಿಗಳಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಇವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಈ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 15 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುತ್ತವೆ(ಕೂಡ್ಲಿಗಿ–8, ಹೊಸಪೇಟೆ–7). ಈ 15 ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಪ್ರತಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಿಂದ ಅಂದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯ 57 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ 40 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯ 27 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ 20 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಲಭ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರತಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಿಂದ ಒಂದೊಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆಯಿಂದ ಗಾದಿಗನೂರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಇದಕ್ಕೊಳಪಡುವ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮವನ್ನು, ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯಿಂದ–ಹೊಸಳ್ಳಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಇದಕ್ಕೊಳಪಡುವ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಎರಡು

ಗ್ರಾಮಗಳಿಂದ ಒಟ್ಟು 200 ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮತ್ತು ಗಂಪು ಚರ್ಚೆಯ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ವೈದ್ಯರ ಉಪಚಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವರ್ತನೆ ಹಾಗೂ ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲತ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವು, ವಿತರಣೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಅವಧಿ

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಂಶೋಧನೆಯು ಕಳೆದ 2001-2002 ರಿಂದ 2008-09 ರವರೆಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದ ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಸ್ವರೂಪ, ಜನರ ಜೀವನ ಕ್ರಮ ಹಾಗೂ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ವಿವಿಧ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ

ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೇಗೆ ಜನರನ್ನು ತಲುಪುತ್ತಿವೆ? ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೇಗೆ ರೂಪಿತವಾಗಿದೆ? ಎಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಗ್ರಾಮ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಹೇಗೆ ಜಾರಿಗೆ ತರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವ ಉತ್ಸುಕತೆಯೇ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ ಹಾಗೆಯೇ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಪಾಲುದಾರರಾದ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ನರ್ಸ್‌ಗಳು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಯವರು, ಸ್ಥಳೀಯರ ಪಾಲು ಯಾವರೀತಿ ಇದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಹಕಾರಿ ಯಾಗಬಲ್ಲದು. ಅಲ್ಲದೆ, ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲದು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆ ಅಥವಾ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ರೂಪಿಸುವ ಇಲ್ಲವೇ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿ

ಯಾಗಬಲ್ಲದು. ಹಾಗೆಯೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವ ಆಸಕ್ತರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ ಇದು ಆಕರ ಗ್ರಂಥವಾಗಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲದು. ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನತೆಗಿರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟವನ್ನೂ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿಯಬಹುದು. ಹಾಗೆಯೇ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲೂ ಸಹ ನೆರವಾಗಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಮಿತಿಗಳು

1. ಒಂದು ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಿರುವ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸುವುದು ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಕ್ರಮವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ರಮವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಲ್ಲ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಎರಡು ವಿಭಿನ್ನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವರೀತಿ ಇದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಮಾತ್ರ ಇಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದಾಗಿದೆ.

2. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಎರಡು ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವಂತಹುದಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕೇವಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವಂತದ್ದಾಗಿದೆ.

3. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಇಲ್ಲಿಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಸಾಧನಗಳ ಮೂಲಕ ತೋರಿಸಿಲ್ಲ. ಇಲ್ಲಿ ಬರೀ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ.

4. ಸಂಶೋಧಕರ ಸೀಮಿತ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 100 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 100 ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಾಲುದಾರರುಗಳಾದ 10 ವೈದ್ಯರುಗಳು, 60 ಎ.ಎನ್.ಎಂಗಳು(51ಮಹಿಳೆಯರು; 09ಪುರುಷರು), 40ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, 20ವಿವಿಧ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖಂಡರು, 20 ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತ್ ಸದಸ್ಯರುಗಳು, ಒಟ್ಟು 350 ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗೆ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

5. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಎಂಪೆರಿಕಲ್ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಸಂಗತಿಗಳು ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿಯ ಮತ್ತು ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತವೆ. ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಮಾಹಿತಿಯ ನಿಖರತೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸಂಶೋಧನಾ ವಿಷಯದ ಫಲಿತಗಳು

ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವವರು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಮರೆಮಾಚಿದರೆ ನಿಖರತೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಇರಬಹುದು. ಇದು ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನದ ಮಿತಿಯಾಗಿದೆ. ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

1.6 ಅಧ್ಯಾಯಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ

ಸಂಶೋಧನಾ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧವು ಒಟ್ಟು ಎಂಟು ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದು–ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ; ಅಧ್ಯಯನ ವಿಷಯದ ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು, ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ ಅಧ್ಯಯನ ಉದ್ದೇಶಗಳು, ಅಧ್ಯಯನ ವಿಧಾನ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಿತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಾಯಗಳ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಎರಡನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈವರೆಗೆ ನಡೆದಿರುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರ್ಥ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಚನ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಮೂರನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪರಿಚಯವನ್ನು ವಿವರಿಸಿರುವುದಾಗಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಚರಿತ್ರೆ, ಭೂಗೋಳಿಕ ವಿವರ, ಭೂಗರ್ಭದ ವಿವರ, ಹವಾಮಾನದ ಸ್ವರೂಪ. ಮಣ್ಣಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣ, ಸಸ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಣಿ ಸಂಪತ್ತು ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪರಿಚಯವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣ, ಲಿಂಗಾನುಪಾತ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ, ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು– ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು, ವಿದೇಶಿ ನೆರವಿನಿಂದ ರೂಪಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ(ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ), ರಾಜ್ಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ– ಮಡಿಲು, ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ, ಆರೊಗ್ಯ ಕವಚಾ, ಯಶಸ್ವಿನಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಐದರಲ್ಲಿ–ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು

ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ–ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಿರುವ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕಟ್ಟಡ, ನೀರು, ವಿದ್ಯುತ್, ಉಪಕರಣಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ಇತರೆ ಪ್ಯಾರಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು, ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯ, ವಸತಿ, ಇತರೆ ಅಂದರೆ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿ ಅವುಗಳ ಪೂರೈಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಇರಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇರುವ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ತುಲನೆ ಮಾಡುವ ಸರಳ ವಿಧಾನದಿಂದ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಆರರಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅರಿಯಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ, ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸವ ಸಮಯ, ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ; ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ; ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಯೋಜನೆಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಏಳರಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಒಂದು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಅದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಇನ್ನಿತರ ಸೇವಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು, ಊರಿನ ಪ್ರಮುಖರು, ಚುನಾಯಿತ ಜನಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಪಾಲುದಾರರಾಗಿಯೂ, ಮತ್ತು ಊರಿನ ಜನರು, ರೋಗಿಗಳು, ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಇವರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ನೀಡುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಎಂಟರಲ್ಲಿ, ಅಧ್ಯಯನದ ಸಾರಾಂಶ ಮತ್ತು ಫಲಿತಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಜತೆಗೆ ಉತ್ತಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗುವ ಕೆಲವು ಸಲಹೆಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಂಥಋಣವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ : ಎರಡು

ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ

2.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

2.2 ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ

2.3 ಆರೋಗ್ಯದ ಅರ್ಥ/ನಿರ್ವಚನೆ

2.4 ವೈದ್ಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಇತಿಹಾಸ

ಅಧ್ಯಾಯ : ಎರಡು

ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ

2.1. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಸಮಾಜ ಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಸಂಶೋಧನೆ ನಡೆದಿರುವುದು ತೀರಾ ವಿರಳವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ರೋಗಗಳನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಅಗತ್ಯವಾದ ಔಷಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಔಷಧವಿಜ್ಞಾನದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದಿವೆ. ಅಂದರೆ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ರೋಗದ ವಿಧಾನ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆದಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇಲಾಖೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಡದ ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಂತವುಗಳನ್ನು ಒಳಮಾಡಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸೌಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು ಅನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಸರಕಾರಗಳು ಗಮನಹರಿಸಬೇಕು. ಇದು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ಈ ವರೆಗೆ ಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅದರ ಫಲಿತಗಳ ಆಧಾರ ಮೇಲೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಭಂಧಿಸಿದ ಸರಕಾರಿ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದಿರುವ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯವು ನಾಲ್ಕು ಭಾಗಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು, ಎರಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು, ಮೂರನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರ್ಥ/ನಿರ್ವಚನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ನಾಲ್ಕನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಇತಿಹಾಸದ ವಿವರವನ್ನು ನೀಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

2.2 ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಶ್ರೀಮತಿ ಪೂರ್ಣಿಮ ವ್ಯಾಸಲು ಮತ್ತು ವಿಜಯಲಕ್ಷ್ಮಿ ಅವರು 'ರೀಪ್ರೊಡೆಕ್ಟಿವ್ ಹೆಲ್ತ್

ಸರ್ವಿಸ್ ಅಂಡ್ ರೋಲ್ ಆಫ್ ಪಂಚಾಯತ್ಸ್ ಇನ್ ಕರ್ನಾಟಕ' ಎಂಬ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. 1990ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾಸೌಲಭ್ಯದ ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕುರಿತು ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನ ಇದಾಗಿದೆ. ಅವರ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲತ್ತುಗಳು ಹೇಗೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಮೂರುಹಂತದ ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳು ಹೇಗೆ ಸಹಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕುರಿತು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದರನ್ವಯ ಸೂಕ್ತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲದ ಪ್ರಯುಕ್ತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಪ್ರಸೂತಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಾಗಿ ಗ್ರಾಮಸ್ಥರು ಹೊರಗೆ ಹೋಗಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಒದಗಿಬಂದಿದೆ ಇಲ್ಲವೇ ತಮ್ಮ ಮನೆಗಳಲ್ಲೇ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇವಲ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಚರ್ಚಿಸಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಅದು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿಲ್ಲ.

ಪಂಚಮುಖಿ.ಪಿ.ಆರ್ ಮತ್ತು ನಯನತಾರಾ.ಎಸ್.ಎನ್ ಇವರುಗಳು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿರುವ 'ಪೀಪಲ್ಸ್ ಪಾರ್ಟಿಸಿಪೇಶನ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್: ಪ್ರೀಪಂಚಾಯತ್ ಮೆಕಾನಿಸಂ ತ್ರೂ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಕೋಅಪರೇಟಿವ್ಸ್' ಎನ್ನುವ ಪ್ರಬಂಧವು 1990ರ ದಶಕದ ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕಂಡು ರೂಪಿಸಿದ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲತ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಬೇಡಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆ ವಿಫಲವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗರುಜಿನಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕೊರತೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ. ಸರಕಾರ ಇವರ ಶುಶ್ರೂಷೆಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಅಡಚಣೆ ಇರುವ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಸರಕಾರವು ಸೂಕ್ತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಅಸಮರ್ಥವಾಗಿವೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಆಲೋಚನಾ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗೀ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿ ತಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಕಳಿ ಮತ್ತು ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಜನರಿಗೆ ಅದನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಮತ್ತು ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇವರು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ಥಾಪಿಸಿದ್ದಾರೆ. ವರ್ಗೀಕೃತ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೂ

ಕಾರಣ. ಇದನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸಹಕಾರಿ ತತ್ವದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ವಿಸ್ತರಣೆಯಾಗಬೇಕು ಎಂಬ ವಾದವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಮೋನಿಕ ದಾಸ್ ಗುಪ್ತ, ಲಿಂಕಲನ್ ಸಿ. ಚೆನ್, ಮತ್ತು ಟಿ ಎನ್ ಕೃಷ್ಣ ಇವರು ಸಂಪಾದಿಸಿದ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾವರ್ಟಿ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ(1998) ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ದರವು ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿಯೇ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನದು. ಇದಕ್ಕೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಪ್ರಸವಕಾಲದ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿಯ ಕೊರತೆಯ ಕಾರಣವನ್ನು ಮುಂದಿಟ್ಟು ಇದಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶರಹಿತ ಅಹಾರ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ದುಡಿಮೆಯಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತ ಹೀನತೆಯಂತಹ ರೋಗಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸೋಂಕು, ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ನಿರಂತರ ಕಠಿಣವಾದ ದುಡಿಮೆ, ಗರ್ಭಪಾತ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಹೀನತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿರುವಾಗ, ಪ್ರಸವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ನಿಗಾವಹಿಸದೆ ಇರುವುದೂ ಕೂಡ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಭಾರತೀಯ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆಯು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿದ್ದು ಇದು ಶೇ.50ರಿಂದ 90ರವರೆಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದರ ಜತೆಗೆ 15ರಿಂದ 19ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ವಿವಾಹವಾಗಿ ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ತಾಯಂದಿರಾಗುವುದರಿಂದಲೂ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮಬೀರುತ್ತದೆ. ಎಂದಿರುವ ಇವರು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ ಹೊರತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಳಕನ್ನೇನೂ ಚೆಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ.

'ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟೇಟಸ್ ಇನ್ ಕೇರಳ' ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ 1980ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿರುವುದಾಗಿದೆ. ಕೇರಳದ ಸಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಸಾರ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನ ಇದಾಗಿದೆ. ಈ ಆಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಮೂರು ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಇರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿದೆ. 1. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗ ನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿವೆಯೆ?, ಎಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು. 2. ಇಡೀ ಕೇರಳದಲ್ಲಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಭೌಗೋಳಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ವಿಭಾಗಿಸಿ ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಮತ್ತು ಇರಬಹುದಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಗುಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿರುವುದು. 3. ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು ಕೇವಲ ಸರಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೇ? ಅಥವಾ ಸ್ಥಳಿಯ ಸಮೂದಾಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೇ? ಎಂಬುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ

ಹಿಡಿದಿಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶವಾಗಿರಲಿ ಅಥವಾ ನಗರ ಪ್ರದೇಶವಾಗಿರಲಿ ಜನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು ಸರಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೆಂಬುದನ್ನು ಪ್ರಬಲವಾಗಿ ವಾದಿಸಿದೆ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜನರ ಅಥವಾ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕಾ ಕ್ರಮಗಳಿಲ್ಲದೆ ಹರಡಬಹುದಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಸಮುದಾಯ ದ್ದಾಗಿರಬೇಕೆಂಬ ವಾದವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಮುಂದಿಟ್ಟಿದೆ. ಹೀಗೆ ಹೇಳುವಾಗ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತಿನ ಹಾಗೂ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಜ್ಞಾನ ವಿಜ್ಞಾನ ಪರಿಷತ್‌ನ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಿವರಿಸಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬುದು ಸರಕಾರ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಗಳು ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯ ಮೂಲಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಬೇಕಾದ ಕ್ಷೇತ್ರವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಪರಿಗಣಿಸುವಾಗ ಸಂಶೋಧಕರು ಸರಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರ 'ಆಬ್ಜೆಕ್ಟಿವಿಟಿ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಪಾಲಿಸಿ'(1998), ಎಂಬ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಿರುವ ಅಡೆತಡೆಗಳು ಮತ್ತು ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುತ್ತಾ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ರೋಗಗಳ ವ್ಯಾಪಕತೆ ಮತ್ತು ಮಾನವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದರ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ದೊರೆಯುವಿಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿಯ ಹೆಚ್ಚಳ ಹಾಗೂ ಬಳಕೆಯ ಅರಿವು ಜನರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯಗಳ ಆರೊಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಲ್ಲಿಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯವು ಉಳಿದೆಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗಿಂತ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಪ್ರಶಂಶಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಜನರಲ್ಲಿರು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜ್ಞಾನದ ಅರಿವು, ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಶುಚಿತ್ವ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅರಿವು ಇರುವುದು ಹಾಗೂ ಸರಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಲಂಡನ್‌ನ ಕಿಂಗ್ಸ್ ಫೌಂಡ್(2004)ಅನ್ನುವವರು 'ಪಬ್ಲಿಕ್ ಆಟ್ಯಿಟ್ಯೂಡ್ ಟು ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ' ಎನ್ನುವ ತಮ್ಮ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಒಂದು ಸರ್ವೆಯನ್ನು ಇಂಗ್ಲೆಂಡಿನಲ್ಲಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಶೇ.98 ರಷ್ಟು ಜನರು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅವರೇ ಜವಾಬ್ದಾರರೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದನ್ನು

ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೇ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಜನರು ಅನೇಕ ಹೊರಗಿನ ಕಾರಣಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅಷ್ಟೇ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಎಂದಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳು ಶುದ್ಧ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಅಂದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕೆನ್ನುವುದು ಅವನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಚಾರವೆಂತಲೂ, ಆಹಾರಕ್ಕೆ ಏನಾದರೂ ಸರಕಾರ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾಯ್ದೆಯಡಿ ನೀತಿ/ನಿಯಮ ತರುವುದಾದರೆ ಆಹಾರ ತಯಾರಿಕಾ ಘಟಕದ ಮೇಲೆ ಅದನ್ನು ತರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ತಯಾರಕರು ಉತ್ತಮ ಆಹಾರ ತಯಾರಿಸದಿದ್ದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹದಗೆಡುವುದು ಸಹಜ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಈ ಕೃತಿಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಆಹಾರದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನೇನು ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ದಿನೇಶ್ ಪಿ.ಟಿ. ಮತ್ತು ಜಯಶೀಲಾ ಹಾಗೂ ವಿ.ಬಿ.ಹಾನ್ಸ್(2007),ಇವರ 'ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಫ್ರಾಸ್ಟ್ರಕ್ಚರ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ; ಆನ್ ಓವರ್ ವ್ಯೂ' ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಜನರ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು. ಆರೋಗ್ಯ ವಂತ ಸಮಾಜ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವೆಂದು ಹೇಳಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನಡುವೆ ಧನಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಮತ್ತು ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಉತ್ತಮ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗದೆ ಸೇವೆಯ ವಿಸ್ತರಣೆ ಅಸಾಧ್ಯ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಮರೆಯಬಾರದು. ಸೇವೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದಕ್ಕೆ ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಬೇಕಾದ್ದು ನಮ್ಮ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಂಡವಾಳದ ಹೂಡಿಕೆಯಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಅನಿವಾರ್ಯ. ಇದರಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಹದಗೆಡುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಹಲವು ಉದಾಹರಣೇಗಳ ಸಮೇತ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅಶ್ಲೇಷ ದಾತರ್ ಅವರ 'ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಫ್ರಾಸ್ಟ್ರಕ್ಚರ್ ಅಂಡ್ ಇಮ್ಯುನೈಸೇಶನ್ ಕವರೇಜ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಇಂಡಿಯಾ' ಎಂಬ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ನಿರ್ಮಾಣದಿಂದ ರೋಗನಿರೋಧಕತೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಜನಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ತಲುಪುವಹಾಗೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಕೇವಲ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ನಿರ್ಮಾಣದಿಂದ ಮಾತ್ರ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಾಗ ಮಾತ್ರ ಜನರು ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ನಿಗದಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬಲ್ಲರು. ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಯೋಜನ ತಿಳಿಸಿಕೊಡಲು ನಿಯಮಿತ

ತಜ್ಞರು ಜನರ ಬಳಿ ತೆರಳಿ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಯೋಜನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಜನರು ಪಡೆಯಬಲ್ಲರು. ಮಕ್ಕಳು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಯಾವುದೇ ರೋಗರುಜಿನಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಏಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂದು ಅಲಕ್ಷ್ಯ ಮಾಡುವುದೇ ಹೆಚ್ಚು. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಾರದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇರುವುದನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಇವರು ಈ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ರಾಜಕೀಯ ಇಚ್ಛಾಶಕ್ತಿಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಬೇಕು. ದೂರದ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಪಾತ್ರ ಇದರಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವವಾದದ್ದು ಎನ್ನುವ ಅಂಶವನ್ನು ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಇಮ್ಯುನೈಸೇಶನ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತ್ರ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಉಳಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನೂ ಮಾಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೋಯ್ಲಿ(1977) ಅವರ 'ಮೊರ್ಟಾಲಿಟಿ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ: ಎ ಸ್ಟೇಟ್ ವೈಸ್ ಸ್ಟಡಿ' ಎನ್ನುವ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧವು 1951–61ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಜೀವನಾಯುಷ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಸಾಂ, ಬಿಹಾರ, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಿದ್ದರೆ ಪಂಜಾಬ್, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ಕೇರಳ, ಮಹರಾಷ್ಟ್ರ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದು ಜೀವನಾಯುಷ್ಯ ಅಧಿಕಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಜೀವನಾಯುಷ್ಯಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾದ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಇರುವಂಥಹ ಇನ್ನಿತರೆ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವವೇನೂ ಇಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಜೇಮ್ಸ್ ಕೆ.ಎಸ್(1999) ಅವರ 'ಫರ್ಟಿಲಿಟಿ ಡಿಕ್ಲೈನ್ ಇನ್ ಎ.ಪಿ : ಎ ಸರ್ಚ್ ಆಫ್ ಆಲ್ಟರ್‌ನೇಟಿವ್ ಹೈಪೋತಿಸಿಸ್' ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಅಧ್ಯಯನ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ಈ ರಾಜ್ಯದ ತೆಲಂಗಾಣ ಮತ್ತು ರಾಯಲ್‌ಸೀಮಾ ಪ್ರದೇಶಗಳು, ಕರಾವಳಿ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಮೂರು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಪ್ರಮಾಣ1975–90ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಕರಾವಳಿ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಸುದ್ಧಿ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಆಸ್ತಿಯ ಒಡೆತನಗಳು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ

ಇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ ಎನ್ನುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿದೆ. ಆದರೆ ತೆಲಂಗಾಣ ಮತ್ತು ರಾಯಲ್ಸೀಮಾ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಶಿಕ್ಷಣ, ಮಹಿಳೆಯರ ದುಡಿಮೆಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಕಾರ್ಮಿಕ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆಯಾಗಲು ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಸಂಗತಿಗಳಾಗಿವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೋಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಹೊರತು ರಾಜ್ಯದ ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಳಕನ್ನೇನೂ ಚೆಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ರಾಜೇಶ್ವರಿ(1996) ಅವರ 'ಜಂಡರ್ ಬಯಾಸ್ ಇನ್ ಯುಟಿಲೈಸೇಶನ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಫೆಸಿಲಿಟೀಸ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಹರಿಯಾಣ' ಎಂಬ ಇವರ ಪ್ರಬಂಧವು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹರಿಯಾಣ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಅಂತರ ಅಸಮಾನತೆಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಆಗಿದೆ. ಹರಿಯಾಣ ರಾಜ್ಯದ ಪಶ್ಚಿಮ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಹೆಚ್ಚು ಕೃಷಿಯಾಧಾರಿತ ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡು ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಶಶೀಧರ ವಿಶ್ವಾಮಿತ್ರ(2000), ಅವರ 'ಸರಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ' ಎನ್ನುವ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ 19 ಅಧ್ಯಾಯಗಳಿವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಿರುವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇವರ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣರಿಗೆ ಬರುವ ಸುಮಾರು ಶೇ.70ರಷ್ಟು ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂದಿರುವ ಇವರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮಹತ್ವ ಎಷ್ಟಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನ ಚರ್ಚಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ಸಲಹೆ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆಯೆ ಹೊರತು, ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಇನ್ನಿತರೆ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಪುಸ್ತಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಜಯಂತಿ.ಜೆ(2005), ಅವರು "ಗ್ಯಾಟ್ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ: ತೃತೀಯ ಜಗತ್ತಿನ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು" ಎನ್ನುವ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ತೃತೀಯ ಜಗತ್ತಿನ ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳ ವಲಯಗಳು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ಸರಕಾರದ ಹೊಣೆಯಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಗ್ಯಾಟ್ ನಿಂದಾಗಿ ಖಾಸಗೀ ವಲಯದ ಪಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚಲಿದ್ದು, ಖಾಸಗೀ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳು ಮತ್ತು ಫಾರ್ಮಾಕ್ಯುಟಿಕಲ್ಸ್ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲತ್ತುಗಳ ಬೆಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡುವುದನ್ನು ತಳ್ಳಿಯಾಕಲಾಗದು. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಮತ್ತು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡುವಲ್ಲಿ ಯಾವರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ ಹೊರತು ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಇನ್ನಿತರ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಏನನ್ನೂ ಚರ್ಚಿಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ರಘುರಾಮನ್.ಎನ್.ವಿ ಅವರು ತಮ್ಮ 'ಹೆಲ್ತ್ ಅಡ್ಮಿನಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಅಂಡ್ ಪಾಲಸಿ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ದಿ ಕೇಸ್ ಅಪ್ರೋಚ್'(1971), ಎನ್ನುವ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಪಾಲಸಿ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವಿಸೆಸ್, ಮಲೇರಿಯ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರ ತಂಡದ ಅಗತ್ಯತೆ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಾಗ ಸ್ಥಳೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪರಿಸರದ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಮನಗಂಡು ಸರ್ವವ್ಯಾಪಿಯಾದ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದು ಸದುಪಯೋಗವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಕ್ರಮವಹಿಸುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಆಡಳಿತಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. 1943ರಲ್ಲಿ ರಚಿತವಾದ ಬೋರ್ ಕಮಿಟಿಯು ಒಬ್ಬ ನಿರ್ದೇಶಕತ್ವದಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಸೇವೆಯಿರಬೇಕು, ಯುನಿಫೈಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಥಾರಿಟಿಯು ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಇದು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಬೋರ್ಡ್ ಕೆಳಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಶೀಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರೋತಾಹ ಮತ್ತು ನಿಖರವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಮನಗಂಡು ಅವರ ಅಗತ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ಸೇವೆಯ ನಿಯೋಜನೆಗೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಮತ್ತು ಎಂ.ಆರ್.ರಾಜಣ್ಣ(1997) ಅವರು ಸಂಪಾದಿಸಿರುವ 'ಜನಾರೋಗ್ಯ' ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾ ನಂತರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಮಹತ್ವದ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸ್ಫೋಟದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಮಾಲಿನ್ಯದ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಔಷಧಗಳ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಗಂಭೀರ ಚರ್ಚೆಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಎಚ್.ಎಸ್ ನಿರಂಜನಾರಾಧ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾಶ್ ಸಿ ರಾವ್(1991) ಅವರು ಸಂಪಾದಿಸಿರುವ 'ಔಷಧ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸ್ತ್ರೀ ಸಾಮಾನ್ಯ' ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಲ್ಲಿ ಔಷಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಔಷಧ ಉತ್ಪಾದನೆ ಮತ್ತು ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಬಹುರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಔಷಧ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿಡಿತದಿಂದ ಆಗುತ್ತಿರುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಹೇಗೆ ವಂಚಿತರಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಪ್ರಮಾಣ, ವಸತಿ, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಿ.ಎಂ.ಡಿ.ಆರ್. ಧಾರವಾಡ, ಇವರು ಹೊರತಂದಿರುವ ಮೋನೋಗ್ರಾಫ್ ಸೀರೀಸ್ ನಂ.9ರಲ್ಲಿ 'ಮಾರ್ಬಿಡಿಟಿ ಅಂಡ್ ಅಂಡರ್ ನ್ಯೂಟ್ರಿಷನ್ ಟೂ ಪೈಲೆಟ್ ಸ್ಟಡೀಸ್' ಎನ್ನುವ

ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ವಿವಿಧ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಕಾಯಿಲೆ ಬೀಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಎಷ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ಹೇಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ದೊರಕುತ್ತಿದೆ. ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಇಡೀ ಒಂದು ಗ್ರಾಮದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಕುರಿತಾಗಲೀ, ಅವುಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಕುರಿತಾಗಲೀ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಬೆಳಕನ್ನು ಚೆಲ್ಲಲಾಗಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆಯೇ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರು ರೋಗಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರು, ಪ.ಜಾತಿ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಕೃಷಿಕಾರ್ಮಿಕರು ರೋಗಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೇಗೆ ಪೂರೈಸಬೇಕು, ಅದರ ಬಳಕೆ ಹೇಗೆ ಆಗಬೇಕು? ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಇದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿಲ್ಲ.

ಗಾಯತ್ರಿ.ಕೆ ಅವರ 'ಹೆಲ್ತ್ ನ್ಯೂಟ್ರಿಷನ್ ಅಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಸರ್ವೀಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾಃ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಅಂಡ್ ಕನ್ಸರ್ನ್ಸ್ ರಿಲೇಟಿಂಗ್ ಟು ಪಬ್ಲಿಕ್ ಸ್ಪೆಂಡಿಂಗ್' ಎಂಬ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ತರಬೇಕಾದದ್ದು ಸರಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಎಂದು ಇವರು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಾದಿಸುತ್ತಾರೆ. 1991ರ ನಂತರ ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಫಲಕಾರಿಯಾಗಿಲ್ಲ. ಎಂಬುದನ್ನು ಇವರು ತೋರಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯು ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ವಾಸಿಮಾಡುವುದರ ಕಡೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಕಾಯಿಲೆ ಬಾರದ ಹಾಗೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಕಡೆಗೆ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಲ್ಲ. ಎನ್ನುವುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದನಂತರ ವಾಸಿ ಮಾಡುವುದು ಎಷ್ಟು ಅನಿವಾರ್ಯವೋ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಉತ್ತಮವಾದದ್ದು ಕಾಯಿಲೆ ಬಾರದ ಹಾಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುವುದು. ಅಂದರೆ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ವಾದಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಗೀತಾಸೇನ್, ಆದಿತ್ಯ ಐಯ್ಯರ್ ಮತ್ತು ಆಶಾಜಾರ್ಜ್ ಅವರ 'ಸಿಸ್ಟಮಿಕ್ ಹೈರಾರ್ಕಿಸ್ ಅಂಡ್ ಸಿಸ್ಟಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಫೇಲ್ಯೂರ್ಸ್ : ಜಂಡರ್ ಅಂಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಇಕ್ವಾಲಿಟೀಸ್ ಇನ್ ಕೊಪ್ಪಳ್ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್'(2007) ಎನ್ನುವ ಇಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯಗೊಂಡಾಗ ವ್ಯಕ್ತಿ ಏನು ಮಾಡಬೇಕು, ಎಲ್ಲಿ ಹೋಗಬೇಕು,

ಏನು ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದ ಜನರು ತಮ್ಮ ಮನೆಯವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ತೊಂದರೆಯಾದಾಗ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಹಿಸುವ ಕಾಳಜಿ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ತೋರದಿರುವುದನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ತಮ್ಮ ತಾಯ್ತನದ ಸಂದರ್ಭದ ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ನಿಗದಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಔಷದೋಪಚಾರ ಪಡೆಯಬೇಕೆಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿರುವ ಇವರು ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿರುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಹೆಸರಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಶಾಂತಿಘೋಶ್ ಅವರ 'ಫುಡ್‌ಡೋಲ್ ಆರ್ ಹೆಲ್ತ್ ನ್ಯೂಟ್ರಿಶನ್ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್ ಮೆಂಟ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ' ಎನ್ನುವ ಲೇಖನವು ಮಕ್ಕಳ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. 1990ರಿಂದ 2005ರ ವರೆಗಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನ ಇದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇವರ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಲಭ್ಯತೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವ ಅಂಶವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಎಂದರೆ ಯಾವ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯವಿದೆಯೋ ಅದನ್ನು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡುವುದು. ಅಂದರೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ರಾಗಿ ಇದ್ದರೆ ರಾಗಿ ಅಂಬಲಿಯೇ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ಅಕ್ಕಿ ಇದ್ದರೆ ಅನ್ನವೇ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಅಥವಾ ಬೇಳೆ ಇದ್ದರೆ ಅದೇ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡುವುದು ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲ. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಏನು ಇದೆಯೋ ಅದೇ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದೇ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಎನ್ನುವ ಭ್ರಮೆ ಅವರಲ್ಲಿದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ವಿ.ಬ್ಯಾಸಿಲ್ ಹ್ಯಾನ್ಸ್ ಅವರ 'ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ'(2007), ಎಂಬ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತದ ತಲಾವರಮಾನ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತಾ, ಇದರಿಂದಾಗಿ ಜೀವನಾಯುಷ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವ ಆಶಾದಾಯಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಉತ್ತರ ಭಾರತ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತವೆಂದು ವಿಭಾಗಿಸಿ ನೋಡಿದಾಗ ಉತ್ತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿಯ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳುತ್ತಾ ಬಿಹಾರ, ರಾಜಸ್ಥಾನ ಮತ್ತು ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯಗಳ ಮಹಿಳೆಯರು ಹಿಂದುಳಿದಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಕೇರಳವು ಕೈಗಾರೀಕೃತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿ ಪ್ರಗತಿ ಸಾದಿಸಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿಯೇ ಅತಿ

ಹೆಚ್ಚಿನದು. ಇದಕ್ಕೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಪ್ರಸವಕಾಲದ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಹಾರೈಕೆಯಲ್ಲಿಯ ಕೊರತೆಯ ಕಾರಣವನ್ನು ಮುಂದಿಟ್ಟು ಇದಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶರಹಿತ ಅಹಾರ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ದುಡಿಮೆಯಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಂತಹ ರೋಗಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ ಹೊರತು, ಸಂಪೂರ್ಣ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಿರುವ ಇನ್ನಿತರ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಪಿಳ್ಳೈ.ಎ.ಆರ್(1931)ಇವರ 'ವೆಲ್‌ಫೇರ್ ಪ್ರಾಬ್ಲಮ್ಸ್ ಆಫ್ ರೂರಲ್ ಇಂಡಿಯಾ' ಎಂಬ ಗ್ರಂಥದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಣೆ ಎನ್ನುವುದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇವೆರಡು ಒಂದನ್ನೊಂದು ಅವಲಂಬಿಸಿವೆ. ಅಂದರೆ ಎಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಇರುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಇರುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಸುಧಾರಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲವೊ ಅಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಕುಸಿದಿರುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಅಂಟುರೋಗಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟದಿಂದ ತಡೆಯಬಹುದು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಆರ್ಥಿಕ ಅಂಶ ಯಾವ ರೀತಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಿರುವ ಸಮಗ್ರ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಮುಖರ್ಜಿ.ಕೆ.ಆರ್.(1998), ಅವರ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್: ಎ ಬೇಸಿಕ್ ಇನ್‌ಪುಟ್ ಇನ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ಎನ್ನುವ ಸಂಶೋಧನ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮತ್ತು ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮತ್ತು ರೋಗಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ಯಾವುದು ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಅಶಕ್ತನನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಶಕ್ತನನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಕಳಪೆ ಮಟ್ಟದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಗಳ ಕೊರತೆ, ಅತಿಯಾದ ಜನಸಂದಣಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಉದ್ದನೆಯ ಸಾಲು, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಡುವಿನ ಅಂತರಗಳಿಂದ ಆ ಹಳ್ಳಿಯ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಜನರು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಪಡುವ ಪಾಡನ್ನು ಹಿಡಿದಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿನ ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಹೇಗೆ ಒದಗಿಸಬಹುದು ಎನ್ನುವುದರ ಬಗಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಫೀಲ್ಡ್ (1973) ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಪದ್ಧತಿಯು ಊರಿನ ಶ್ರೇಣೀಕರಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ

ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಆಶಯ ರೋಗ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಇದು ರೋಗ ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಲು, ರೋಗ ಪತ್ತೆ, ಉಪಚಾರ, ಪುನರ್ವಸತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತ ಕಾರಣ ಅವರಲ್ಲಿಯ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಣಾಮಗಳಗಿರುವುದಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಅರಿವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಬಳಸಬಹುದಾದ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರದ ಕೊರತೆಯ ತೊಂದರೆ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಜನರಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಗ್ರೆಸಿವ್ ಆಲೋಚನಾ ಕ್ರಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯಶಿಕ್ಷಣ ಅಥವಾ ಜ್ಞಾನ ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳದಿರುವುದು. ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಸಿಗುವ ಸವಲತ್ತಿನ ಸರಿಯಾದ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ಸೇವೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಳಗೆ ಸಮರ್ಪಕ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸದಿರುವುದನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ, 'ಎ ಪರ್ಸ್‌ಪೆಕ್ಟೀವ್ಸ್ ಅಂಡ್ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ(1998), ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಪಾಪುಲೇಶನ್ ಪರ್‌ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್ & ಇಶ್ಯೂಸ್' ಎಂಬ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಅವರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ನಡತೆ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ ಏಳು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಹದಿನಾರು ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರು ಗ್ರಹಿಸಿದ್ದು ಬಹುತೇಕ ಎಲ್ಲಾ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಯವರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ವೃತ್ತಿಗತವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲದೆ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ (ಅಲೋಪತಿಕ್) ಔಷಧದ ಆಕರ್ಷಣೆಗೊಳಗಾಗಿದ್ದುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಎಸುಡಿಯನ್.ಸಿ.ಎ.(1981) ಅವರ ಡಿಫರೆಶ್ನಿಯಲ್ ಯುಟಿಲೈಸೇಷನ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸೆಸ್ ಇನ್ ಮೆಟ್ರೋಪಾಲಿಟನ್ ಸಿಟಿ, ಎನ್ನುವ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಬಾಂಬೆ ನಗರದಲ್ಲಿಯ ನಾಲ್ಕು ಸಾಮಾಜಿಕ ವರ್ಗಗಳಲ್ಲಿಯ ಅಂದರೆ ಉನ್ನತವರ್ಗ, ಮಧ್ಯಮವರ್ಗ, ಕೆಳ ಮತ್ತು ಅತಿ ಕೆಳವರ್ಗಗಳು ತಮ್ಮಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅನಿಸಿಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ಗಮನಿಸಿರುವಂತೆ ಕೆಳ ಮತ್ತು ಅತಿ ಕೆಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ವರ್ಗದವರು ಶೈಕ್ಷಣಿಕವಾಗಿ ಅತಿ ಹಿಂದುಳಿದವರು. ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಅವರ ತಿಳುವಳಿಕೆ(ಜ್ಞಾನ) ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುವಿಕೆಗೆ ಮತ್ತು ಸೇವೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಅವರ ಗ್ರಹಿಕೆಗಿಂತ ಕೆಳ, ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ಉನ್ನತ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ಸಿಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೆಳಜಾತಿಯ ಪ.ಜಾ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂ ಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯದ ಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನವೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ

ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇವರು ಹೆಚ್ಚೆಂದರೆ ಹೊರರೋಗಿಯಾಗಿ ತಪಾಸಣೆ ಪಡೆಯುವುದೇ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುವ ಅಂಶವನ್ನು ಹೊರಗೆಡವಿದ್ದಾರೆ.

ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್.ಎಸ್(1987) ಅವರ 'ಮೇನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್‌ಕೇರ್' ಎನ್ನುವ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನಾವಧಿ ಆರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ನೀಡಿದ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪರಿಶಿಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ತುಂಬಾ ಒಳಗಿರುವ ಅಂದರೆ ನಗರ ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಬಹುದೂರವಿರುವ ಹಳ್ಳಿ/ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ವಿಸ್ತಾರಗೊಳ್ಳದಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವು ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ಮಿತಿಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸೇವೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಒಂದು ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯಿಸಿರುವ ಇವರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸರೋಜ.ಕೆ ಅವರ 'ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ'(2001), ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಎಂಬ ಕೃತಿಯು ಮಹಿಳೆಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬೇರುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕೌಟಂಬಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಸ್ತ್ರೀಯರ ಅನುಭವಾತ್ಮಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪರಾಮರ್ಶಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣಗಳ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ವಿವರಣೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ನೀಡಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ, ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಕಾರಣಗಳೇನು? ಹಾಗೂ ಪ್ರಚಲಿತ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀ ವಿರೋಧಿ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಮೌಲ್ಯಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಸಂರಚನೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿತವಾಗಿವೆ ಎಂಬುದರ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನೇನೂ ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ವಿ.ಎನ್.ಭಟ್(1990) ಅವರ 'ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ'ಎಂಬ ಕೃತಿ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೂ ಇರುವ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೆಸರಿಸುತ್ತಾ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ಸಾಕ್ಷರತೆಗೂ ಇರುವ ಸಾಮಿಪ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಭಟ್ ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಬಂದ ರೋಗವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವುದು, ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಮಾಡಬಹುದಾದ ವಿಧಾನಗಳು, ರೋಗ ಬಾರದಹಾಗೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ರೋಗ

ಪೀಡಿತರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಸಿಗಬೇಕಾಗಿರುವ ಔಷದೋಪಚಾರ ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಸಂಬಂಧ ಪಟ್ಟ ಇಲಾಖೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದುದನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸಮಸ್ಥಿತಿಯಿಲ್ಲದ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಸಮಾಜವು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಉತ್ಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿಸಾದಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಮೋನಿಕ ದಾಸ್‌ಗುಪ್ತ, ಪ್ರವೀಣ್ ವಿಸಾರಿಯಾ ಮತ್ತು ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್(1998), ಇವರ 'ಹೆಲ್ತ್ ಪಾವರ್ಟಿ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ', ಎಂಬ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ದಲಿತರೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ತಮಿಳುನಾಡಿನ ಚಂಗಲ್ಪಟ್ಟು ಎಂಬ ಹಳ್ಳಿಯ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ಜನರೆಲ್ಲರೂ ಭೂರಹಿತ ಕೃಷಿಕಾರ್ಮಿಕರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇರುವ ಕೆಲವೇ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮುಂದುವರೆದ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದು ಇವರು ಭೂ ಮಾಲೀಕರಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿ ದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಳಕೆಯ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದಿರುವ ಫಲಿತಾಂಶದ ಪ್ರಕಾರ ಅನಾರೊಗ್ಯಕ್ಕೂ ಬಡತನಕ್ಕೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಡಿಮೆ ಕುಟುಂಬಗಳಿರುವ ಉನ್ನತ ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಭೂಮಾಲಿಕರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾವಂತ ಕುಟುಂಬಗಳಾಗಿರುವುದೆಂದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಗ್ರಸ್ಥರು ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಇರುವವರು ಕೆಳವರ್ಗದ ದಲಿತರು ಎನ್ನುವುದು ಕೆಲವು ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳ ಮೂಲಕ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಯಾವ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅವಶ್ಯ ವಿತ್ತೋ ಅವರು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಉತ್ತಮ ಆರ್ಥಿಕತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಸರಕಾರದ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ವರದಿಯನ್ನು ನೀಡಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ರುವುದರ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಉತ್ತಮ ಸೇವಾಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಇದುವರೆವಿಗೂ ಒದಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಪೋಕರಣ(1994), 'ದಿ ಸ್ಟ್ರಕ್ಚರಲ್ ಅಂಡ್ ಅಥಾರಿಯಲ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಡಿಸೀಸ್: ಎ ಸೋಶಿಯೋಲಾಜಿಕಲ್ ಸ್ಟಡಿ ಅಂಡ್ ರೂರಲ್ ಕಮ್ಯುನಿಕೇಶನ್ಸ್ ಆಫ್ ರಾಜಾಸ್ತಾನ್' ಎನ್ನುವ ಸಂಶೋಧನ ಗ್ರಂಥದಲ್ಲಿ ಅವರು ಜನರ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಉಪಚಾರದ ಆಚರಣೆಗಿರುವ ಸಂಬಂಧದ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಪಾರಂಪರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಯಾರು ಕಾಯಿಲೆ ಬಗೆಗಿನ ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆ

ಹೊಂದಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಪೋಷಿಸಿಕೊಂಡು ಬರಲಾಗುತ್ತಿರುವವರಿಗೆ ಬಿಡಬೇಕೆಂದು ಇಂತಹ ಮೂಢ ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಆಧುನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಪಾತ್ರ ಮತ್ತು ಅದರ ಪ್ರಭಾವ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಶುಚಿತ್ವ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಮಲಿನತೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ರೋಗಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಮುದಾಯದ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳ ಪಾತ್ರಗಳೇನೆಂಬುದನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಬಸಪ್ಪ(2005)ಅವರ 'ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಇಂಡಿಯಾ: ಎ ಕೇಸ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ರಾಯಚೂರ್ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್' ಎನ್ನುವ ಅಪ್ರಕಟಿತ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಬಂಧವು ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿತವಾದುದಾಗಿದೆ. ಇದಲ್ಲಿ ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯದ ಶುಚಿತ್ವ, ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತು ಮೂಡಿಬಂದಿರುವ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ತುಂಬಾ ಕೆಳಮಟ್ಟದ್ದಾಗಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿರುವ ಇವರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಪುರುಷರು ಗುಟ್ಕಸೇವನೆಯಂತಹ ದುಶ್ಚಟಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಹಾಸನ್(1967) ಅವರ 'ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೋಶಿಯಾಲಜಿ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಇಂಡಿಯಾ' ಎಂಬ ಅಧ್ಯಯನವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಚಪ್ಪಲಿ ರಹಿತ ನಡಿಗೆ ಮತ್ತು ಚಪ್ಪಲಿ ನಿಷಿದ್ದದ ತಾರತಮ್ಯ ಅಭ್ಯಾಸದಿಂದ ಆಗುವ ಅಂಟುರೋಗ ಅಥವಾ ಸೋಂಕುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಅಭ್ಯಾಸಗಳಾದ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಕೈಗಳ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಕರವಾದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವಿಜಯಕುಮಾರ್ ಮತ್ತು ಚಕ್ರಪಾಣಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ಸಮರ್ಪಕ ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮತ್ತು ಸರಕಾರಿ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಕೆಟ್ಟ ಆಡಳಿತದಿಂದ ನಂಬಿಕೆ ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಇಚ್ಚಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಅನಕ್ಷರತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಬಹುತೇಕರಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂಬ ಅರಿವಿಲ್ಲದಿರುವುದಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವು ಮುಖ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ (2005)ರ ಅಧ್ಯಾಯ 6ರಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯನ್ನು ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವನಾಯುಷ್ಯ, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಶಿಶು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ

ಪ್ರಮಾಣ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸೇವೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಮೇಲೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚದ ಬಗೆಗೆ ನಿಖರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, ಅವುಗಳ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಸಾಧನೆ ಹಾಗೂ ಮುಂದಿನ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದಿಡಲಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ, ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ದೇಶದ ಇತರೆ ಪ್ರಮುಖ ರಾಜ್ಯಗಳೊಡನೆ ತುಲನೆ ಮಾಡುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದ ಸ್ಥಾನ ಎಲ್ಲಿದೆ ಎನ್ನುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಣ್ಮುಂದೆ ತಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಕುರಿತು ರಾಜ್ಯದ ಸ್ಥೂಲ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಂಥೋನಿ ಮತ್ತಿತರರು(1999) 1975–90ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿಯ(ಪ್ರವೃತ್ತಿ) ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ರಾಜ್ಯಗಳನ್ನು ಅಧಿಕ, ಮಧ್ಯಮ, ಕಡಿಮೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣವಿರುವ ರಾಜ್ಯಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. 1975–90ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಶಿಶುಮರಣ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಹೊಂದಿರುವ ರಾಜ್ಯಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ಕಳಪೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ಮಧ್ಯಮದಲ್ಲಿರುವ ರಾಜ್ಯಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಶಿಶುಮರಣ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಹೊಂದಿರುವ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾತ್ರ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದು ದಾಗಿಯೂ, ಅಧ್ಯಯನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ವರಮಾನದ ಹೆಚ್ಚಳವು ಶಿಶುಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಶೇ.26ರಷ್ಟು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ.ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿ(1999)ರವರು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ "ಕೈಗಾರೀಕರಣ ಮತ್ತು ಜನಾಂದೋಲನಾ" ಎಂಬ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಕೈಗಾರೀಕರಣದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ನೀರಾವರಿಯ ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ಹಾಗೂ ಕೃಷಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಉಂಟುಮಾಡಿದ ಏರಿಳಿತಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಮೂಲಕ, "ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ಜನಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಗಂಡಾಂತರಕಾರಿಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಗಿರುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗತಿಯು ಪಾರ್ಶ್ವಮುಖಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾರಿಗೆ, ಉತ್ಪಾದನೆ, ಉದ್ಯೋಗ, ಆದಾಯ ಹಾಗೂ ತಲಾವರಮಾನಗಳು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಕಂಡುಬಂದರೂ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ, ಜೀವನಾವಧಿ, ದಕ್ಷತೆ ಮತ್ತು ಉತ್ಪಾದನೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ಕುಂಠಿತಗೊಂಡಿದೆ" ಅದು ಅನೇಕ ಪರ್ಯಾಯ

ಉದ್ಯೋಗಗಳ ಮೇಲೆ ತುಂಬಾ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ವಿವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಜನಾಂದೋಲನಕ್ಕೆ ಕರೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳೆಲ್ಲವೂ ಆಯಾ ಕಾಲ, ಸಂದರ್ಭಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ರಚಿತಗೊಂಡಿವೆ. ಆದರೆ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಕೃಷಿಯಾಧಾರಿತ ಮತ್ತು ಬೆಟ್ಟಗುಡ್ಡಗಳಲ್ಲಿನ ಅರಣ್ಯದ ಉತ್ಪನ್ನಗಳಿಂದ ತಮ್ಮ ಬದುಕನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದ ಜನರಿಗೆ ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯ ತಾಂತ್ರೀಕರಣವು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ತುಂಬಾ ನಿರಾಸೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ನೆಲೆಗೊಂಡಿರುವ ಜನ ಸಮುದಾಯಗಳು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿ ಅವುಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಹುಡುಕುವ, ಚರ್ಚಿಸುವ ಕೆಲಸ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧದ ಧ್ಯೇಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

2.3 ಆರೋಗ್ಯದ ಅರ್ಥ/ನಿರ್ವಚನ

ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಏಪ್ರಿಲ್ ತಿಂಗಳ ಏಳನೇ ದಿನಾಂಕದಂದು ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ದಿನಾಚರಣೆಯನ್ನು ಆಚರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶವೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದೇ ಆಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದು ಒಂದು ಸಂಬಂಧ ಸೂಚಕ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಎಂದು ಡಬ್ಲ್ಯುಎಚ್.ಓ–1957ರಲ್ಲಿ ಅರ್ಥೈಸಿದೆ. ಅಂದರೆ ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿದ ಮಗು 2.8ಕೆ.ಜಿ ತೂಕವಿದ್ದರೆ ನಾರ್ಮಲ್ ಎಂತಲೂ ಅದೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿದ ಮಗು 3.5ಕೆ.ಜಿ ಇದ್ದರೆ ನಾರ್ಮಲ್ ಎಂತಲೂ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ನಾರ್ಮಲ್ ಎನ್ನುವುದು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದು ದೇಶದಿಂದ ದೇಶಕ್ಕೆ ಜನಾಂಗದಿಂದ ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಹಮದ್ ಅಂಡ್ ಕೋಲ್ಹೊ(1979) ಅವರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

"ಹೀಗೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಕೇಳಿದರೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ಕೂಡ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಉತ್ತರ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಎಲ್ಲರೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿರುತ್ತಾರೆ. ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವೆಂದರೆ, ಗುರುತಿನವರು, ಅಪರಿಚಿತರು ಎದುರಾದರೆ ಸಂಬಾಷಣೆ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ಶುರುವಾಗುತ್ತದೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಆರೋಗ್ಯವೇ? ಕುಶಲವೆ? ಇತ್ಯಾದಿ. ಕಾಗದ ಬರೆಯುವಾಗ ಮೊದಲೊಕ್ಕಣೆಯೂ ಸಹಾ ಆರೋಗ್ಯದ್ದೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ನೀವು ತಿಳಿದಿರುವುದೇನು? ಎಂದು ಕೇಳಿದರೆ ರೋಗ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿಸಬಹುದು. ಕಾಯಿಲೆಯಿಲ್ಲ ನಿರೋಗಿ ಎಂದಾಕ್ಷಣ ಆರೋಗ್ಯವಿದೆ ಎನ್ನುತ್ತೀರಾ ಎಂದುಕೇಳಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುವಾಗ ಯಾಕೆ ರೋಗದ ವಿಷಯ

ಇಷ್ಟಕ್ಕೂ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡದೋ, ಸಣ್ಣದೋ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲರೂ ಅನುಭವಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಅಥವಾ ಅನುಭವಿಸಿರುವವರನ್ನು ಕಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಇದು ಇದ್ದದ್ದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಿಸಬಹುದು.

ಕಾಯಿಲೆ, ವ್ಯಾಧಿ, ನೋವು, ನರಳಿಕೆ, ಬೇನೆ, ಜಡ್ಡು, ತೊಂದರೆ, ರೋಗವಿಲ್ಲ, ಮೈಯಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದಾಕ್ಷಣ ನಿರೋಗಿ ಎಂದು ಹೇಗೆ ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು? ನಮ್ಮ ವಯಸ್ಸಿನವನೇ ಒಬ್ಬ ನಮಗಿಂತ ಸದೃಢವಾಗಿ ಲವಲವಿಕೆಯಿಂದ ಇದ್ದಾನೆ. ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಸರಿಯಾಗಿ ಉಣ್ಣದೆ ಕೃಷನಾಗಿ ಬಡಕಲಾಗಿದ್ದಾನೆ. ಮೂರನೆಯವನಲ್ಲಿ ಬುದ್ಧಿ ಮಂಕಾಗಿ ಪೆದ್ದ ಕಳೆತುಂಬಿಕೊಂಡಿದೆ. ಇನ್ನೊಬ್ಬನಿಗೆ ಕುರುಡು, ಐದನೆಯವ ವಿಕಲಾಂಗ. ಇಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು? ನೋವು ನರಳಿಕೆ ಇಲ್ಲ ಎಂದಾಕ್ಷಣ ಒಬ್ಬ ನಿರೋಗಿಯೇ? ಬಡಕಲು, ಮನೋವ್ಯಾಧಿ, ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವಂತನ ಲಕ್ಷಣವಲ್ಲವೆ? ಇಂಥ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುತ್ತಾಹೋದಂತೆ ಅನುಮಾನ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ನೂರು ಹುಡುಗರಿದ್ದಾರೆ. ಪಾಠ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಮೇಷ್ಟರಾಗಲೀ, ಹುಡುಗರಾಗಲೀ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಚಿಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ ಇಂತಹ ಕಡೆ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿದರೆ ಅವರು ಮೇಷ್ಟರೊಟ್ಟಿಗೆ ಕುಳಿತು ಹುಡುಗರೊಟ್ಟಿಗೆ ನೀವೆಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಎಂದುಕೇಳಿದರೆ, ಆಗ ಹುಡುಗರಿಂದ ಹೂ ಸಾರ್ ಎಂಬ ಒಕ್ಕೊರಲ ಉತ್ತರ ಬರಬಹುದು. ಒಂದು ಕಡೆ ಕೂತು ಒಬ್ಬೊಬ್ಬರನ್ನಾಗಿ ಕರೆದು ನೀನು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದ್ದೀಯಾ ಎಂದು ನಿದಾನಕ್ಕೆ ಕೇಳಿದರೆ, ಬರುವ ಉತ್ತರಗಳು ಹಿಂದಿನಂತೆ ಒಂದೇ ಆಗಿರಲಾರವು. ಬರುವ ಉತ್ತರಗಳು ಸರಿಯೆಂದುಕೊಳ್ಳಲಾಗದು. ಕಾರಣ ಹುಡುಗರಲ್ಲನೇಕರಿಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆ ಅರ್ಥವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ, ಅರ್ಥವಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನೆಂದು ತಿಳಿದಿರಬೇಕಿಲ್ಲ.

ನಂತರ ವೈದ್ಯರೇ ಹುಡುಗನ ಆರೋಗ್ಯದ ತಪಾಸಣೆಯನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ನುರಿತ ಅವರ ಕಣ್ಣುಗಳಿಗೆ ಕಾಣುವುದೇ ಬೇರೆ. ಹುಡುಗ, ತಂದೆತಾಯಂದಿರು, ಮೇಷ್ಟರು ಕಾಣದ ಅಥವಾ ಉಪೇಕ್ಷಿಸುವ ಅನೇಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಶೋಧಿಸಿ ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ಒಬ್ಬನ ಉಗುರು ಹಿಸುಕಿನೋಡಿ ನಿನಗೆ ರಕ್ತ ಸಾಲದೂ ಅನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನೊಬ್ಬನ ಹೊಟ್ಟೆಮುಟ್ಟಿನೋಡಿ ಹೊಟ್ಟೆ ನೋಯುತ್ತೇನೋ, ಪಾಯಕಾನೆಲಿ ಹುಳುಬಿತ್ತೇನೋ, ಎಂದು ಕೇಳಿದಾಗ ಹುಡುಗ ನಾಚುತ್ತಾ ಹೂ ಎನ್ನುತ್ತಾನೆ. ನಿನ್ನ ಹೊಟ್ಟೇಲಿ ಜಂತು ಹುಳುಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ನಿನ್ನ ರಕ್ತ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವಿನ ಹುಳಕ್ಕೆ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತೊಬ್ಬನ ಬಾಯಿ ಆನಿಸಿನೋಡಿ ಹಲ್ಲು ಸರಿಯಾಗಿ ತಿಕ್ಕುತ್ತಿಲ್ಲವಲ್ಲೊ, ನಾರುತ್ತಿದೆ. ಒಸಡುಗಳ ಆರೋಗ್ಯವು ಸರಿಯಿಲ್ಲವಲ್ಲೊ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನೊಬ್ಬನ ಬುದ್ಧಿ ವಯಸ್ಸಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಬೆಳೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ವೈದ್ಯರ ಪಟ್ಟಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಾ ಹೋಗಬಹುದು.

ಮೇಲಿನ ಶಾಲೆ ಬಡಮಕ್ಕಳಿರುವ ಶಾಲೆ ಎಂದುಕೊಂಡರೆ, ಸಿರಿವಂತ ಮಕ್ಕಳಿರುವ ಶಾಲೆಗೆ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಳಿಸಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದರೆ ಅಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಹುಡುಗನಿಗೂ ಅವನದೇ ಫೈಲಿರುತ್ತದೆ/ಆರೋಗ್ಯ ಚೀಟಿಯಿರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಅವನ ಕೌಟಂಬಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ, ವಯಸ್ಸು, ತೂಕ, ಎತ್ತರ, ಕಾಯಿಲೆಯ ಚರಿತ್ರೆ, ವ್ಯಸನಗಳು(ಹ್ಯಾಬಿಟ್ಸ್) ದಾಖಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆರೊಗ್ಯ ಚೀಟಿಯಿಟ್ಟುಕೊಂಡೇ ವೈದ್ಯರು ಹುಡುಗರನ್ನು ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅಚ್ಚರಿಯೆಂದರೆ ಸ್ನಾನಕ್ಕೆ, ತಿಂದುಣ್ಣಲಿಕ್ಕೆ ಕೊರತೆಯಿಲ್ಲದ, ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅಷ್ಟಿಷ್ಟು ಗೊತ್ತಿರುವ ಈ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲೂ ಅನೇಕರು ಆರೋಗ್ಯ ವಂತರಲ್ಲವೆಂದು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಒಬ್ಬನಿಗೆ ಬೊಜ್ಜು, ಇನ್ನೊಬ್ಬನಿಗೆ ಗೂರಲು, ಮತ್ತೊಬ್ಬನಿಗೆ ಮೂರ್ಚೆರೋಗ(ಇದಕ್ಕವ ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾನೆ)ಇನ್ನೊಬ್ಬ ತಲೇನೋವು ಹೆಚ್ಚೆಂದು ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಾತ್ರೆ ನುಂಗಿಬಿಟ್ಟಿದ್ದಾನೆ. ಮತ್ತೂ ಒಬ್ಬ ಹೇಗೋ ಸಿಗರೇಟು ಚಟಕ್ಕೆ ಬಲಿಬಿದ್ದಿದ್ದಾನೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

ಹಾಗೆಯೇ, ಮೇಸ್ಟರರ ಸಮಾವೇಶಕ್ಕೆ ಹೋದೆವೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯ ತಿಳಿದಿರುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಇವರು ಹುಡುಗರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪಾಠಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇವರನ್ನು ವೈದ್ಯರು ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ತಮಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದಿರುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಇನ್ನೊಬ್ಬರು ಗೂರಲಿಗೆ ಆಯುರ್ವೇದ, ಯುನಾನಿ, ಹೋಮಿಯೋಪತಿ, ಅಲೋಪತಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ದತಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಣದೆ ಬಳಲಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ಕೊಂಚ ಹೆಚ್ಚು ನಡೆದರೆ ಕಾಲುಗಳು ಊದುತ್ತವಂತೆ. ಹೀಗೆ ಪಟ್ಟಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ.

ನಂತರ ಗಂಡಸರು ಹೆಂಗಸರು ಮುದುಕರು ಮಕ್ಕಳು ಸೇರಿರುವ ಜನಸಮೂಹದತ್ತ ಕಣ್ಣಾಡಿಸಿದರೆ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲೇ ಆಗಲೀ ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲೇ ಆಗಲೀ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತರೂ ಇರುತ್ತಾರೆ, ರೋಗಿಗಳೂ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರ ಆರೋಗ್ಯ ಎದ್ದು ಕಾಣುವಂತೆ ಪುಟಿಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರು ಜೋಲುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ಹಾಸಿಗೆ ಬಿಟ್ಟೇಳದಂತ ರೋಗವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮದು ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿರುವ ದೇಶ. ಮುಂದುವರೆದ ದೇಶಗಳ ಸಮುದಾಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಎದ್ದುಕಾಣುವಂತೆ ನಮ್ಮದಕ್ಕಿಂತ ಬೇರೆಯದೇ ಆಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಉಡುಗೆ ತೊಡಿಗೆ ಆಹಾರ, ಸಾಮಾನ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸುಧಾರಣೆಗಳಾಗಿವೆ. ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ದೀರ್ಘಾಯುಗಳೂ ಆರೋಗ್ಯವಂತರೂ ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಬದಲಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಅನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದು.

1. ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ರೋಗವಿಲ್ಲದಿರುವುದು. ಕಾಯಿಲೆ ಜಡ್ಡು ಬೇನೆ ನೋವು ತೊಂದರೆ ವ್ಯಾದಿಯಿಲ್ಲದೆ ಸ್ವಸ್ಥವಾಗಿರುವುದು.

2. ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೇಹ ಮತ್ತು ಮನಸ್ಸುಗಳು ರೋಗವಿಲ್ಲದೆ ಸ್ವಸ್ಥವಾಗಿರುವುದು.

3. ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೇಹ ಮನಸ್ಸು ಮತ್ತು ಚೈತನ್ಯಗಳು ರೋಗವಿಲ್ಲದೆ ಸ್ವಸ್ಥವಾಗಿರುವುದು.

4. ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೇಹ ಮತ್ತು ಮನಸ್ಸು ಮತ್ತು ಚೈತನ್ಯಗಳು, ರೋಗವಿಲ್ಲದಿರುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಹರ್ಷ ಮತ್ತು ಲವಲವಿಕೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದು"(ಶ್ರೀಧರ ವಿಶ್ವಾಮಿತ್ರ–2000).

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಕಾರ–ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ನೆಮ್ಮದಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ. ಕೇವಲ ರೋಗ ಅಥವಾ ಕುಂದು ಇಲ್ಲದಿರುವುದೇ ಆರೋಗ್ಯವಲ್ಲ. ಎಂದು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಅರ್ಥೈಸಿದೆ(ಕೆ.ವಿ.ನಾರಾಯಣ,1997, ಮೋನಿಕ ದಾಸ್ ಗುಪ್ತ, ಲಿಂಕಲನ್.ಸಿ.ಚೆನ್, ಮತ್ತು ಟಿ.ಎನ್ ಕೃಷ್ಣ –1998, ವಿ.ಎನ್.ಭಟ್–1990)

–ವೆಬ್‌ಸ್ಟರ್ ಡಿಕ್ಶ್ನರಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವ ಪದದ ಅರ್ಥ "ದಿ ಕಂಡಿಶನ್ ಆಫ್ ಬೀಯಿಂಗ್ ಸೌಂಡ್ ಇನ್ ಬಾಡಿ, ಮೈಂಡ್ ಆರ್ ಸ್ಪಿರಿಟ್, ಎಸ್ಪೆಷಲಿ ಫ್ರೀಡಮ್ ಫ್ರಂ ಫಿಸಿಕಲ್ ಡಿಸೀಸ್ ಆರ್ ಪ್ಯೇನ್" ಎಂದು ಇದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಡಿಕ್ಶ್ನರಿಯಲ್ಲಿ "ಸೌಂಡ್‌ನೆಸ್ ಆಫ್ ಬಾಡಿ ಆರ್ ಮೈಂಡ್, ದಟ್ ಕಂಡಿಶನ್ ಇನ್ ವಿಚ್ ಇಟ್ಸ್ ಫಂಕ್ಷನ್ಸ್ ಆರ್ ಡ್ಯುಲಿ ಆಂಡ್ ಎಫಿಷಿಯೆಂಟ್ಲಿ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ಡ್" ಎಂದು ಅರ್ಥೈಸಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿ(1946)ಯು ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ "ವ್ಯಕ್ತಿಯ ರೋಗರಹಿತ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲದೆ ಆತನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರದ ಸಮತೋಲನೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಂತಹ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಸಮತೋಲನೆಯಾಗಿದೆ. ಇದು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಸುಖಮಯ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುವ ಹಾಗೂ ಗರಿಷ್ಟ ಉತ್ಪಾದನಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವ ಸಾಧನ" ಎಂದು ವಿವರಿಸಿದೆ.

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ 1948ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಈ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿತು. ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ 'ದೈಹಿಕ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾದ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವಿಕಲತೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿತು. ನಂತರ 1978ರಲ್ಲಿ ಮೇಲಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಉದ್ಯೋಗ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದಿಂದಲೂ ಕೂಡಿರಬೇಕೆಂದು' ವಿಸ್ತರಿಸಿತು.

ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬುದೊಂದು ಕಲ್ಪನೆ. ಮನುಷ್ಯ ವಿಕಾಸಗೊಂಡಂತೆ ಈ ಕಲ್ಪನೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಬದಲಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತಿವೆ. ನಮ್ಮ ಹಿಂದಿನವರು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವೆಂಬ ಪದವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಹಾಗೆಂದರೆ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಕಾಟ ವ್ಯಸನ ತೊಂದರೆಯಿಲ್ಲದೆ

ಶಾಂತನಾಗಿರುವುದು. ಸ್ವಸ್ಥನೂ, ಶಾಂತನೂ ಆದವ ಆನಂದದಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತಾನೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಹಸನ್ಮುಖಿ, ದೀರ್ಘಾಯು, ದೃಢಾಯು, ಉಪಕಾರಿ, ಸ್ನೇಹಪರ, ಸಂತೋಷಚಿತ್ತ ಎಂಬ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು.

ಮನುಷ್ಯ ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ಆನಂದವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ ಎಂದರೆ ಅವನು ನಿರೋಗಿಯಾಗಿರಬೇಕು. ದೇಹ ಪುಷ್ಟಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ನೂರು ವರ್ಷ ಬಾಳುವಂತಹ ಉತ್ಸಾಹಿತನಾಗಿರಬೇಕು. ಈ ಪ್ರಪಂಚ ನೀಡಬಲ್ಲ ಸಿರಿ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದವನಾಗಿರಬೇಕು. ಉತ್ತಮ ಆಸೆಗಳಿಂದ ಕೂಡಿ ಸುಖ ಸಂತೋಷಗಳನ್ನು ಸಂಭ್ರಮಿಸಬೇಕು.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ನನ್ನ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಡಿಕ್ಶ್ನರಿಯಲ್ಲಿಯ ಅರ್ಥದ ಜೊತೆಗೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ದಿನನಿತ್ಯದ ಬದುಕಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆ ಅಥವಾ ಜಾಡ್ಯವಿಲ್ಲದೆ ಇರವುದು ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಕೇವಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಮಟ್ಟದಿಂದ ನಿರ್ಧರಿತವಾಗದೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಹೊರಗಡೆ ಇರುವ ಇತರ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ನಿರ್ಧರಿತವಾಗುವುದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿದ ವಿಷಯ. ಅದು ಜನರಿಗೆ ಸಿಗುವ ಉತ್ತಮ ದರ್ಜೆಯ ಜೀವನ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮೇಲೂ ಅವಲಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಶುದ್ಧವಾದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಉತ್ತಮ ಆಹಾರ ಹಾಗೂ ಕಲ್ಮಷರಹಿತ ಪರಿಸರವು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ.

2.4 ವೈದ್ಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಇತಿಹಾಸ

ಮಾನವನ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ಸಿರಿ ಸಂಪತ್ತಿಗಿಂತ ಶ್ರೇಷ್ಠವಾದ ಸಂಪತ್ತೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪತ್ತು. ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವಿದ್ದರೆ ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ತನ್ನ ಬದುಕಿನ ಸ್ವಾದವನ್ನು ಆಸ್ವಾದಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಅವನ ಎಲ್ಲ ಸಾಧನೆ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಪ್ರೇರಣೆ ಮತ್ತು ಅವಲಂಬನೆಯ ಮೆಟ್ಟಿಲು. ಅನಾರೋಗ್ಯ ಒಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನ ಬದುಕನ್ನೆಲ್ಲಾ ಕತ್ತಲಾಗಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಶೂನ್ಯವಾಗಿಸಬಹುದು. ಅವನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರತಿಭೆ, ಶಕ್ತಿಗಳನ್ನು ನುಂಗಿ ನಡೆಯುವ ಮಾರಕಕಾರಿಯಾಗಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಮನುಷ್ಯನ ಜೀವನವನ್ನು ಹಸನು ಮಾಡಬಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮೊದಲ ಮಹತ್ವ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಇದನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅವರವರ ಕೈಯ್ಯಲ್ಲೇ ಇದ್ದರೂ ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರ, ಅಶುಚಿಯ ವಾತಾವರಣ, ರೋಗಾಣು ಮುಂತಾದ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ರೋಗದ ಸೋಂಕು ಹರಡಬಹುದು. ಈ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು, ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಮನೆ ಮದ್ದಿನಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆದು ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಪಂಡಿತ, ವೈದ್ಯರಿಂದ

ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಔಷಧಾಲಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೇ ಆರಂಭವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದ ಆದಿಮಾನವರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿಯು (ಅಂದರೆ ರೋಗದ ಕಾರಣ ಹಾಗೂ ಉಪಚಾರ) ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಟ್ಟಳೆಗಳ ಮೇಲೆ ಬಹುವಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಿತು. ಅಂದಿನ ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಟ ಮಂತ್ರಗಳಿಗೂ ಪ್ರಧಾನ ಪಾತ್ರವಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಜ್ವರ ಆಲಸ್ಯಗಳು, ಮಾನಸಿಕ ಉದ್ರೇಕಗಳು ಹಾಗೂ ಮರಣಗಳೂ ಯಾವುದೊ ಒಂದು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಬರುತ್ತವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಕಾಯಿಲೆ ಬರಬೇಕಾದರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಟ್ಟಳೆಗಳನ್ನು ಧಿಕ್ಕರಿಸಿದಾಗ ಅಥವಾ ದೇವರ ಕೃಪೆ ಇಲ್ಲದಾಗ ಭೂತಗಳ ಚೆಲ್ಲಾಟ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಬರುತ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಹಲವು ಚಿಕ್ಕಪುಟ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಹಜ ಮರಣ ಮಾತ್ರ ನೈಸರ್ಗಿಕವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಜನರಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ದೊಡ್ಡ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಗ್ರಹಗತಿಗಳು ಕಾರಣವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಕ್ರಿ.ಪೂ.300 ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಹಿಂದೆ, ಜನರ ರೋಗ ರುಜಿನಗಳಿಗೆ ಗಮನ ಕೊಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾಗಲೀ ಮಠಮಂದಿರಗಳಾಗಲೀ ಇರಲಿಲ್ಲ. ರೋಮನ್ನರು ಆಗ ತಮ್ಮ ರೋಗಗಳ ವಾಸಿಗಾಗಿ ದೇವತೆಗಳಿಗೆ ಮೊರೆಯಿಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಕ್ರಿ.ಪೂ.293ರಲ್ಲಿ ಇಂದು ಪ್ರಬಲ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ ಬಂದು ರೋಮನ್ನರ ದೇವತೆಗಳಿಂದ ಅದನ್ನು ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೇ ಹೋದಾಗ ಗ್ರೀಕರ ಬಳಿಗೆ ಅವರು ಒಬ್ಬ ದೂತನನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿ ಅಲ್ಲಿಂದ ಒಂದು ಹೊಸ ದೇವತೆಯನ್ನು ಸಾಲವಾಗಿ ತಂದು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಸಿಕ್ಯುಲೇಪಿಯಸ್ ದೇವಸ್ಥಾನವನ್ನು ಕಟ್ಟಿಸಿದರು! ಅದರಿಂದ ಮೊದಮೊದಲು ಈ ದೇವಸ್ಥಾನಕ್ಕೆ ರೋಗಿಗಳು ಹರಕೆ ಕಟ್ಟಿ ಪೂಜೆಗಾಗಿ ಬರಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಕ್ರಿ.ಪೂ.41ರಲ್ಲಿ ರೋಂ ಚಕ್ರವರ್ತಿ ಕ್ಲಾಡಿಯಸ್ ಎಂಬುವನು ಆ ದೇವಸ್ಥಾನವನ್ನು ಬಡ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಆಶ್ರಮವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿಟ್ಟನು. ಹೀಗೆ ಆ ದೇವಾಲಯವೇ ಮೊದಲಿನ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾಯಿತು. ರೋಮನ್ ಚಕ್ರಾಧಿಪತ್ಯ ಹರಡಿದ ಹಾಗೆ ಇಂತಹ ದೇವಾಲಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಅನುಕೂಲವಾದೆಡೆಯಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಏರ್ಪಟ್ಟವು. ನಂತರ ಕ್ರೈಸ್ತ ಮತಾವಲಂಭನೆ ಪ್ರಸಾರವಾದಂತೆ ಫೇಬಿಯೋಲ ಎಂಬಾಕೆಯೂ ಧರ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ತೆರೆದು ಅದರಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಮತಧರ್ಮವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉಪಚಾರಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದಳು. ಈ ಪ್ರಾಚೀನ ವೈದ್ಯಶಾಲೆಗಳು ಗುಡಿಸಲುಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಇಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆಗೆ ಬದಲು ಹುಲ್ಲು ಹರಡಿ, ಎಲ್ಲಾ ಬಗೆಯ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅಲ್ಲೇ ಒಟ್ಟಿಗಿರಿಸಿ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಹೀಗೆ ಅಲ್ಲೊಂದು ಇಲ್ಲೊಂದು ನಡೆಯುತ್ತಾ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿದ್ದವು. ಆ ಮಧ್ಯೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಋಷಿಗಳು, ಆಯುರ್ವೇದಿಗಳು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದ ಸರಳ ವೈದ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉಪಚಾರಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದವು.

ಕ್ರಿ.ಶ. 14ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯೆಯುಗದ ಪ್ರಸಿದ್ದ ವೈಧ್ಯನಾಥ ಗೈ-ಡಿ-ಚಾಲಿಯಾಕನು ಆಗಿನ ಜನರನ್ನು ಕುರಿತು ಬಹಳ ತೊಂದರೆ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದ 'ಕಾರ್ಸಾವು'(ಬ್ಲ್ಯಾಕ್ ಡೆತ್) ಎಂಬ ರೋಗದ ವಿಚಾರ ಹೇಳಿದ್ದಾನೆ. "ಅಷ್ಟೊಂದು ಜನರು ಸಾಯುವುದನ್ನು ನೋಡಿ ಬಹುಮಂದಿಗೆ ಸಂದೇಹ ಬಂತು-ಕೆಲವೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಹೂದ್ಯರು ಜನರಿಗೆ ವಿಷವನ್ನು ಹಾಕಿ ಅವರನ್ನು ಕೊಲ್ಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ಅನುಮಾನಿಸಲಾಯಿತು. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವೆಡೆ ಬಡ ಕುರೂಪಿ ಜನರಿಂದ ಈ ರೋಗ ಹರಡಿದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿ ಅವರನ್ನು ಕಂಡಕಂಡ ಕಡೆ ಹೊಡೆದೋಡಿಸಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಕೊನೆಗೆ ಪಟ್ಟಣಗಳ ಒಳಕ್ಕೆ ಹೊರಗಿನ ಅಪರಿಚಿತರನ್ನು ಯಾರನ್ನೂ ಬಿಡದಂತೆ ಕಾವಲು ಹಾಕಿ ತಡೆದರು". ಹೀಗೆ 1348ರಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಭಯದಿಂದ ಹೊರಗಿನವರನ್ನು ದೂರವಿಡುವ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ಮಾಡುವ ಪದ್ದತಿ ಆರಂಭವಾಯಿತು. 45ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ 1393ರಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಸೆಲ್ಸ್ ರೇವಿನಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗದ ಅನುಮಾನವಿರತಕ್ಕ ಹಡಗುಗಳನ್ನು 40ದಿನಗಳ ವರೆಗೆ ಬಂದರಿನಾಚೆ ಹೊರಗೆ ಸಮುದ್ರದಲ್ಲಿಯೇ ದೂರವಿಡುತ್ತಿದ್ದರು!. ಅಷ್ಟು ಕಾಲ ಕಳೆದಮೇಲೆ ಪ್ರಯಾಣಿಕರನ್ನು ದಡದ ಮೇಲೆ ಇಳಿಯಲು ಬಿಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಇದಕ್ಕೆ 'ನಾಲ್ವತ್ತಿನ ಹೊರಗು'(ಕ್ವಾರೆಂಟೈನ್) ಪದ್ದತಿ ಎನ್ನುತ್ತಿದ್ದರು. ಅದು ರೋಗತಡೆಗೆ ಬೇಕಾದ ಒಳ್ಳೆಯ ಪದ್ದತಿ ಆಗಿರುತ್ತಿತ್ತು.

ಕ್ರಿ.ಶ.1500ಕ್ಕೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ತಲೆಹಾಕಿತೆನ್ನಬಹುದು. ಆದರೆ ನಮ್ಮ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇದಕ್ಕೆ 2000ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧ ವೈದ್ಯ ಗುರು ಶುಶ್ರುತ ನೋವಿಂದಲಾದರೂ ಸುಲಭ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿ ತೋರಿಸಿದ್ದನು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಹುಕಾಲ ಔಷಧ ವೈದ್ಯಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕೀಳಾಗಿ ಭಾವಿಸಲ್ಪಟ್ಟು ಕ್ಷೌರಿಕರೂ, ಕಟುಕರೂ, ಬೈರಾಗಿಗಳೂ ಮೊದಲಾದವರ ಕೈಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರ ಮಾಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು-ಮಡಿವಂತರು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಿದ್ದರು. 16ನೇ ಶತಮಾನದ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ತನ್ನ ಪೂರ್ಣ ಶುಭ್ರ ಬಿಳಿ ಉಡುಪಿನಲ್ಲಿ ಗಾಯಗೊಂಡವನನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದು ಮೈಲಿಗೆಯಾಗಿತ್ತು! ನಾಯಿಂದನನ್ನು ಕರೆಸಿ ಬೆತ್ತದಿಂದ ಯಾವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕೂಯ್ಯಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಆತ ತೋರಿಸುತ್ತಿದ್ದ. ಹಾಗೆ ಕೋಯ್ದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಹರಿಯುತ್ತಿದ್ದ ರಕ್ತವನ್ನು ಆಗಲೇ ಕಾದ ಕಬ್ಬಿಣದ ಗುಳದಿಂದ ಸೀಯಿಸಿ ತಡೆದು ನಿಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಹೀಗಾದ ಗಾಯ ಸುಲಭದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಯೇ ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಗೆ ಆಗುತ್ತಿದ್ದ ವೇಧನೆ ಅಷ್ಟಿಷ್ಟಲ್ಲ. 1539ರಲ್ಲಿ 'ಪಾರೆ'ಎಂಬುವನು ರಕ್ತ ಹರಿಯುತ್ತಿದ್ದ ಗಾಯದ ಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ದಾರ ಅಥವಾ ಬಾರುಗಳಿಂದ ಕಟ್ಟಿ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವ ನಿಲ್ಲಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆ ಸಂಕಟದಿಂದ ಪಾರುಮಾಡಿದ. ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೂ ಎಷ್ಟೋ ನಾಜೂಕಾದ ಮತ್ತು ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ರೂಢಿಸಿದ್ದನಲ್ಲದೆ ಕೃತಕ ಕಣ್ಣುಗಳು, ಕೈಕಾಲುಗಳು, ನೆಟ್ಟ ಹಲ್ಲುಗಳು, ಮೈಯುಜ್ಜಿ ಉಳುಕು ತೆಗೆಯುವುದು, ಇವೆಲ್ಲಾ ತಂದಿಟ್ಟ "ಅವನ ಗಾಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಕಟ್ಟಿದೆ-ದೇವರು ಅದನ್ನು ವಾಸಿಮಾಡಿದ!" ಎನ್ನುತ್ತಿದ್ದ.

1541ರಲ್ಲಿ ಮಾನವ ದೇಹರಚನಾ ಶಾಸ್ತ್ರ ಹೊರಬಂತು. ಹಿಂದೆ ಗ್ಯಾಲೆನ್ ಎಂಬ ರೋಮನ್ ವೈದ್ಯನೊಬ್ಬ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತವಾಗಿ ಮನುಷ್ಯ ದೇಹದ ಅಂಗಾಂಗಗಳ ರಚನೆಯನ್ನು ವರ್ಣಿಸಿದ್ದ. ಸುಮಾರು 1400ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ ಅದೇ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸತ್ಯವಾಗಿತ್ತು. 1541ರಲ್ಲಿ ಪಾಜುವಾ ನಗರದ ಸರ್ವೇಲಿಯಸ್ ಎಂಬುವನು, ಈ ಗ್ಯಾಲೆನ್ ಕೇವಲ ಮೃಗಗಳ ದೇಹವನ್ನು ಕುಯ್ದು ನೋಡಿ, ಮನುಷ್ಯನ ಒಳದೇಹದ ವಿವರವನ್ನು ಊಹಿಸಿ ಬರೆದಿಟ್ಟಾನೆಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡ. ನಿಜಮಾನವ ದೇಹವನ್ನೇ ಬಿಚ್ಚಿ ತಾನು ಇದನ್ನು ಮೊದಲು ಧೃಡಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಮನಸ್ಸು ಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರಗಾರನೊಬ್ಬನನ್ನು ಕೂರಿಸಿಕೊಂಡು ಸಿಕ್ಕಿದ ಒಂದು ದೇಹವನ್ನು ಕೂಯ್ದು ಚಿತ್ರಬರೆದು ವಿವರಿಸಲಾರಂಭಿಸಿದ. ಚಿತ್ರಾಗಾರ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳ ಆಕೃತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ. ಗಲ್ಲಿಗೆ ಹಾಕಿದ್ದ ಮೊದಲಾದ ಹೆಣಗಳನ್ನು ಊರ ಹೊರಗೆ ಗುಟ್ಟಾಗಿ ತರಿಸಿಕೊಂಡು ಬಿಚ್ಚಿ ಒಂದುವರೆ ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಬಹು ತಾಪದಿಂದ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿ ಕೊನೆಗೆ ತನ್ನ 'ದೇಹರಚನಾಶಾಸ್ತ್ರ'ವನ್ನು ಪೂರೈಸಿ ಅಚ್ಚು ಹಾಕಿಸಲು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ. ಅದು ಅಚ್ಚಿನಲ್ಲಿ 663 ಪುಟಗಳಾಗಿ 300ಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಆದರೆ ಆಗಿನ ಹಳೇಕಾಲದ 'ವಿದ್ವಾಂಸರು'ಗಳು ಅವನನ್ನು ದೂಷಿಸಿ ಅವನು ಬಡ ಗ್ಯಾಲೆನ್ನನ್ನು ಮುಚ್ಚಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾನೆಂದು ಜರಿದು ಅವನ ಮಹಾ ಕೃತಿಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆದು, ಸಾಲದಕ್ಕೆ ಬಹಿಷ್ಕಾರ ಹಾಕಿದರು. ಅವನು ದುಃಖವನ್ನು ತಡೆಯಲಾರದೆ ತನ್ನ ಬರವಣಿಗೆಯನ್ನೆಲ್ಲಾ ಸುಟ್ಟು ಬೂದಿ ಮಾಡಿ ನದಿ ನೀರಿಗೆ ಎರಚಿಬಿಟ್ಟನು. ಜನರ ಅಜ್ಞಾನಕ್ಕಾಗಿ ಬಹಳ ಪಶ್ಚಾತ್ತಾಪಪಟ್ಟನು. ಅವನು ಸತ್ತುಹೋದಮೇಲೆ ಜನರು ಕಣ್ಣುಬಿಟ್ಟು ನೋಡಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಆತ ಮಾಡಿದ್ದ ವಿವರಗಳೇ ಸರಿಯಾದವೆಂದೂ, ಗ್ಯಾಲೆನ್ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದ ವಿವರಗಳು ತಪ್ಪೆಂದೂ ಅವರಿಗೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಂಡುಬಂತು. 'ಅಯ್ಯೋ' ಅಂದುಕೊಂಡರು ಪಶ್ಚಾತ್ತಾಪ ಪಟ್ಟುಕೊಂಡರು. ನಂತರ ಕಾಲದಿಂದ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆದವು.

1572ರಲ್ಲಿ ಮೈಶಾಖದ ಅಳತೆ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲಾಯಿತು. ಇದನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿದವನು ವೈದ್ಯ ಸ್ಯಾಂಕೋರಿಯಸ್-ಅವನು ಶಾಖಮಾಪಕ(Thermometer)ವನ್ನು, 1966ರಲ್ಲಿ ಗೆಲಿಲಿಯೋ ಮೈಕ್ರೋಸ್ಕೋಪ್ ಅನ್ನು, 1918ರಲ್ಲಿ ಸ್ಟೆತೋಸ್ಕೋಪ್ ಅನ್ನು, 1842ರಲ್ಲಿ ಅನೆಸ್ತೇಸಿಯಾವನ್ನು, 1895ರಲ್ಲಿ ಕ್ಷಕಿರಣವನ್ನು 1930ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳ ತಯಾರಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಯಿತು.

ಈ ಪ್ರಯೋಗ ಪರಿಶೀಲನ ಫಲದಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯವನ್ನು ಆಯಸ್ಸನ್ನೂ ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚಿಸಿದೆ. ಈಗ ಜನಿಸಿದ ಮಗು ಈ ಹಿಂದಿನದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆರೋಗ್ಯಯುತವಾಗಿ ಬಾಳುವ ಯೋಗವನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಇಂದು ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಅತೀ ಮಹತ್ವದ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ : ಮೂರು

ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಚಯ

3.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

3.2 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ

3.3 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಭೌಗೋಳಿಕ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವಿವರಗಳು

3.4 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ವಿವರಗಳು

3.5 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯಮಟ್ಟ

3.6 ಅಧ್ಯಯನ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ವಿವರಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ : ಮೂರು

ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಚಯ

3.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಾಗ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಉದ್ದೇಶಿತ ಸಮಸ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅಡಗಿರುವ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕೂಲಂಕಶವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಭೌಗೋಳಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಅಂಶಗಳ ಸವಿವರಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳೊಂದಿಗೆ, ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ವಿವಿಧ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸರಳೀಕರಿಸುವಂತಹ ನಿವಾರಣೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಆಯಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿರುವ, ಮಾಹಿತಿಯು ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ಒಟ್ಟು ಆರು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು, ಎರಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಾದ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು, ಮೂರನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಭೌಗೋಳಿಕ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವಿವರವನ್ನು, ನಾಲ್ಕನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಐದನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟವನ್ನು-ಇದನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿರುವ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಇಂತಹ ಕ್ರಮದಿಂದ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸ್ಥಾನಮಾನಗಳನ್ನು ಅರಿಯಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಉದ್ದೇಶವಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಕೊನೆಯ ಆರನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಮತ್ತು ಆಯ್ಕೆಯಾದ ಎರಡು ಹಳ್ಳಿಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

3.2 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ

ಇತಿಹಾಸ ಪೂರ್ವ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ ಪ್ರಾಂತ್ಯವು ತ್ರೇತಾಯುಗದ ಋಷ್ಯಮೂಕ ಪರ್ವತದ ಬಳಿ ಇರುವ ಕಿಷ್ಕಿಂಧೆಯ (ಆನೆಗೊಂದಿ) ಭಾಗವಾಗಿತ್ತು. ಇಲ್ಲಿ ವಾಲಿ ಮತ್ತು ಸುಗ್ರೀವರೆಂಬ

ವಾನರ ಸಹೋದರರು ಆಳಿಕೊಂಡಿದ್ದರು. ಅಯೋಧ್ಯೆಯ ರಾಜಕುಮಾರ ಶ್ರೀರಾಮನು, ಅಪಹರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ತನ್ನ ಮಡದಿ ಸೀತಾದೇವಿಯನ್ನು ಹುಡುಕುತ್ತಾ ಇಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದನು ಎಂದು ರಾಮಾಯಣವು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಕುಡುತಿನಿಯಲ್ಲಿ ಕುಮಾರಸ್ವಾಮಿಯು (ಸುಬ್ರಹ್ಮಣ್ಯ) ತಪಸ್ಸು ಮಾಡಿದನೆಂದು ಪ್ರತೀತಿ ಇದೆ. ಕುಪ್ಪಗಲ್ಲು, ನಿಟ್ಟೂರು, ಹಂಪಸಾಗರ, ತೆಕ್ಕಲಕೋಟೆ ಹಾಗೂ ಸಂಗನಕಲ್ಲು ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಲಾ ಯುಗದ ಮಾನವನು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಆತನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಶಿಲಾಯುಗದ ಶಿಲಾವಸ್ತುಗಳು ಇಲ್ಲಿ ದೊರಕಿವೆ. ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಔಷದೋಪಚಾರ ಇಲ್ಲವೇ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಲಭ್ಯವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸಂಡೂರು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯಯುತವಾದ ಪರಿಸರವಿದ್ದು ದಾಗಿಯೂ ಮತ್ತು ಈ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಬೇಸಿಗೆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಜನರು ಬರುತ್ತಿದ್ದುದಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ(ಗ್ಯಾಸಿಟಿಯರ್–ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ).

ಇತಿಹಾಸ: ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯು ನಂದ, ಮೌರ್ಯ, ಶಾತವಾಹನರು, ಬಾದಾಮಿ ಚಾಲುಕ್ಯರು, ನಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರಕೂಟರ ಅಧೀನದಲ್ಲಿರಬಹುದೆಂದು, ಪ್ರಾಕೃತಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಹಾಗೂ ಶಿಲಾಶಾಸನಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಶಿಲಾಶಾಸನಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಈ ಜಿಲ್ಲೆ, ಪಶ್ಚಿಮದ ಗೋವ ಕಡೆಯ ಚಾಳುಕ್ಯರ ಅಧೀನವಾಗಿತ್ತು ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ನಂತರ, ಹೊಯ್ಸಳರ ಅಧೀನದಲ್ಲಿದ್ದುದಾಗಿ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. 1336ರಲ್ಲಿ ವಿಜಯನಗರ ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯ ಸ್ಥಾಪನೆಯಾದ ನಂತರ ಈ ಜಿಲ್ಲೆ ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲಿ ಸುವರ್ಣಯುಗ ಕೀರ್ತಿಗೆ ಪಾತ್ರವಾಯಿತು. 1565ರ ತಾಳೀಕೋಟೆಯ ಸಮರದಲ್ಲಿ ವಿಜಯಗರ ಸಾಮ್ರಾಟರು ಸೋತು, ರಾಜ್ಯ ಅಸ್ತಂಗತವಾಯಿತು. ತದನಂತರ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗೊಂದಲದ, ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತ ವಾತಾವರಣವಿದ್ದು ಸ್ಥಳೀಯ ಪಾಳೇಗಾರರು ಆಡಳಿತ ನಡೆಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರು. ಈ ಪಾಳೆಯಗಾರರಿಗೆ ಬಿಜಾಪುರ, ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ, ಬೀದರ್, ಹೈದರಾಬಾದ್ ಮುಂತಾದ ಮುಸ್ಲಿಂ ರಾಜರು ಅಧಿಪತಿಗಳಾಗಿದ್ದರು. 1656ರಲ್ಲಿ ಔರಂಗಜೇಬನ ಆಡಳಿತವಿದ್ದು ನಂತರ ಪೇಶ್ವೆಯವರಿಗೆ ಹಸ್ತಾಂತರವಾಯಿತು. ನಂತರ ಹೈದರಾಲಿಯು ಈ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಅಧಿಪತಿಯಾದನು. 1799ರ ನಂತರ, ಟಿಪ್ಪುಸುಲ್ತಾನ್ ಹತನಾದುದರಿಂದ, ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರದೇಶವು ಮೈಸೂರು ಒಡೆಯರ ಅಧೀನಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿತಾದರೂ, ಬ್ರಿಟೀಷರು, ನಿಝಾಮನ ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಫಲವಾಗಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಾಂತವನ್ನು ಆತನ ಆಡಳಿತದಲ್ಲಿ 1800ರವರೆಗೆ ಇರಿಸಿ, ಪುನಃ ತಮ್ಮ ಅಂಕಿತದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡರು. ಮದ್ರಾಸಿನ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಅಧಿಪತಿಯ ಅಧಿಕಾರದಲ್ಲಿ ಬಂದ ಈ ಪ್ರಾಂತ್ಯ 1829ರಲ್ಲಿ ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಅನಂತಪುರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳೆಂದು ಬೇರೆಯಾದವು. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಪಾಳೆಯಗಾರರ ಉಪಟಳವಿದ್ದು ರೈತಾಪಿ ಜನರು ಬಹಳ ತೊಂದರೆ ಪಡಬೇಕಾದ ವಾತಾವರಣವಿತ್ತು. ಥಾಮಸ್ ಮನ್ರೊ ಎಂಬ ಕಲೆಕ್ಟರನು ಈ ದುಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು

ಹೋಗಲಾಡಿಸಿದನು. ಬ್ರಿಟೀಷರ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ನಗರವು ದಂಡು ಪ್ರದೇಶವಾಗಿತ್ತು. 1826ರಿಂದ ಸೊಂಡೂರು ಒಂದು ಸ್ವತಂತ್ರ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದ್ದು, 1947ರಲ್ಲಿ ಈ ಭಾಗ ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿತು.(ಸೂರ್ಯನಾಥ ಕಾಮತ್–2009)

(ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಪೂರ್ವಭಾಗದ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣೋತ್ತರವಾಗಿ ಹಬ್ಬಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯು ಬ್ರಿಟಿಷರ ಆಳ್ವಿಕೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮದ್ರಾಸ್ ಪ್ರಾಂತ್ಯದ ಆಡಳಿತಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿತ್ತು. 1953ಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಜಿಲ್ಲೆಯು 12 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ, ಸಿರುಗುಪ್ಪ, ಸಂಡೂರು, ಹೊಸಪೇಟೆ, ಹರಪನಹಳ್ಳಿ, ಹಡಗಲಿ, ಕೂಡ್ಲಿಗಿ, ಮಲ್ಲಾಪುರ ಮತ್ತು ಆಗಿನ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದ ಆಲೂರು, ಆದೋನಿ, ರಾಯದುರ್ಗ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು (ಡಿ. ದೇವರಾಜ ಅರಸು ಆಡಳಿತ ಸಂದರ್ಭ). 1956ರ ರಾಜ್ಯ ಪುನರ್ ವಿಂಗಡಣೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಭಾಷಾವಾರು ಪ್ರಾಂತ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕಗೊಂಡಾಗ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸೇರಿದ ಆಲೂರು, ಆದೋನಿ ಮತ್ತು ರಾಯದುರ್ಗ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ 1997ರಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ರಚನೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಜನಪರ ಆಡಳಿತದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸೇರಿದ ಮತ್ತೊಂದು ತಾಲ್ಲೂಕು ಹರಪನಹಳ್ಳಿಯನ್ನು ದಾವಣಗೆರೆ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. ಹಾಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಏಳು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಸುಪ್ರಸಿದ್ಧ ವಿಶ್ವಪಂಪರೆಯ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡ ಹಂಪಿಯು ಇದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಒಗುತ್ತದೆ(ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ ಗ್ಯಾಸಿಟಿಯರ್ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ದರ್ಶನ–2008)

3.3 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಭೌಗೋಳಿಕ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವಿವರಗಳು

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ ಕರ್ನಾಟಕದ ಪೂರ್ವ ಮೇರೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು, ಮಧ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಗೊಂಡಿದೆ. 1953ರಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾದ ತುಂಗಾಭದ್ರಾ ನದಿ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಮೇರೆಯಾಗಿದ್ದು, ಅದು ಪಶ್ಚಿಮದಲ್ಲ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಉತ್ತರದಲ್ಲಿ ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುತ್ತದೆ. ತುಂಗಾಭದ್ರ ನದಿಯು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೃದಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 50 ಕಿ.ಮೀ. ದೂರದವರೆಗೆ ಹರಿಯುತ್ತದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ ಈ ನದಿಯ ಬಲದಂಡೆಯ ಮೇಲೆ ನೆಲೆಗೊಂಡಿದ್ದು, ಇದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಉತ್ತರದ ಮೇರೆಯನ್ನು ನಿಗಧಿಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ದಂಡೆಯ ಮೇಲೆ ವಿಜಯನಗರ ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯದ ರಾಜಧಾನಿ ಹಂಪಿ ಪಟ್ಟಣವು ತನ್ನ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿಂದಾಗಿ, ಎಲ್ಲಾ ಋತುಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವದ ಪ್ರವಾಸಿಗರನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸಂಡೂರು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎತ್ತರವಾದ ಬೆಟ್ಟ ಗುಡ್ಡಗಳು ಸಮುದ್ರದ ಮಟ್ಟದಿಂದ 3400 ಅಡಿ ಎತ್ತರದಲ್ಲಿವೆ.

ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶ 1,91,791 ಚ.ಕಿ.ಮೀ. ವಿಸ್ತೀರ್ಣದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶ ಸುಮಾರು 8420 ಚದರ ಕಿ.ಮೀ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ ಹೊಂದಿ, ರಾಜ್ಯದ

ಒಟ್ಟು ಶೇಕಡಾ 6ರಷ್ಟು ವಿಸ್ತೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಂದಿ, 11ನೇ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಪಡೆದಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಿಸ್ತೀರ್ಣದಲ್ಲಿ, ಬಳ್ಳಾರಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ ಅಂದರೆ 1689 ಚದರ ಕಿ.ಮೀ. (ಶೇಕಡ 20ರಷ್ಟು) ಗಳಿದ್ದರೆ, ಅತೀ ಕಡಿಮೆ 934 ಚ.ಕಿ.ಮೀ.(ಶೇ.11)ರಷ್ಟು ವಿಸ್ತೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೊಂದಿದೆ. ಉಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಾದ ಹಗರಿಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ 947 ಚ.ಕಿ.ಮೀ. ಹಡಗಲಿ 948 ಚ.ಕಿ.ಮೀ., ಸಿರುಗುಪ್ಪ 1042 ಚ.ಕಿ.ಮೀ. ಸಂಡೂರು 1258 ಚ.ಕಿ.ಮೀ. ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ 1602 ಚ.ಕಿ.ಮೀ.ಗಳಷ್ಟು ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಕೇಂದ್ರಸ್ಥಳವಾಗಿದ್ದು, ಇದು ರಾಜ್ಯದ ರಾಜಧಾನಿಯಾದ ಬೆಂಗಳೂರಿನಿಂದ 304 ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯು 14^0–13^0 ಮತ್ತು 15^0–50^0 ಉತ್ತರ ಅಕ್ಷಾಂಶ ಹಾಗೂ 74^0–40^0 ಮತ್ತು 77^0–11^0 ಪೂರ್ವ ರೇಖಾಂಶ–ಇವುಗಳ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿದೆ. ಉತ್ತರಕ್ಕೆ ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆ, ಪಶ್ಚಿಮಕ್ಕೆ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆ, ದಕ್ಷಿಣದಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರದುರ್ಗ ಜಿಲ್ಲೆ ಹಾಗೂ ಪೂರ್ವಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದ ಕರ್ನೂಲು ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ಅನಂತಪುರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಂದ ಸುತ್ತುವರೆದಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪೂರ್ವ ಭಾಗವು ಸಮತಟ್ಟಾದ ಭೂಮಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಕೃಷಿಗೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿದೆ (ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ನೋಟ 2006–07).

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ 152.5 ಚ.ಕಿ.ಮೀ.(ಶೇ 1.6)ಗಳಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಉಳಿದ 9733 ಚ.ಕಿ.ಮೀ.(ಶೇ.98.4) ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಈ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜಿಲ್ಲೆಯೆಂಬುದಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯು 7 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಶಿರಗುಪ್ಪ, ಸಂಡೂರು ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆಯನ್ನು ಪೂರ್ವಭಾಗದ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳೆಂದೂ ಮತ್ತು ಹೂವಿನ ಹಡಗಲಿ, ಹಗರಿಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ ಹಾಗೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯನ್ನು ಪಶ್ಚಿಮದ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳೆಂದೂ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ(ಗ್ಯಾಸಿಟಿಯರ್–ಬಳ್ಳಾರಿ, ಇತಿಹಾಸ ದರ್ಶನ–2008).

ಉಷ್ಣತಾಮಾನ: ಉರಿಬಿಸಿಲಿನ ಕೆಲವು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಬಂಡೆಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿವೆ. ಇವು ಬಿಸಿಲಿನ ತಾಪದಿಂದ ಕಾಯ್ದು ಹೆಚ್ಚು ತಾಪಮಾನಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಹೀಗಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಸದಾಕಾಲ ಹಸಿರಿರುವ ಪರಿಸರದಿಂದಾಗಿ ನೀರಾವರಿಗಳಿಂದಾದ ಬೆಳೆಗಳು ಕೊಂಚ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಹಿತಕರವೆನಿಸುವುದು. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಚಳಿಗಾಲ ಕೂಡ ಬೇಸಿಗೆಯಂತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಆ ಕಾಲದ, ಅಂದರೆ, ನವೆಂಬರ್–ಜನೆವರಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಗಲಿನ ಉಷ್ಣತೆ 30–32 ಡಿ.ಸೆ. ಇದ್ದು, ರಾತ್ರಿಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ 22–24 ಡಿ.ಸೆ.ಇರುತ್ತದೆ. ಬೇಸಿಗೆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ, ಏಪ್ರಿಲ್–ಮೇ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಹಗಲಿನ ಉಷ್ಣತೆ 38 ಡಿ.ಸೆ.ಇದ್ದು ಅನೇಕ ಸಲ

42 ಡಿ.ಸೆ.ಮೀರಿರುವ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿವೆ. ಆಗಿನ ರಾತ್ರಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣತೆ 30–32 ಡಿ.ಸೆ. ಇರುತ್ತದೆ. ಹವಾಮಾನದಲ್ಲಿ ಆರ್ದ್ರತೆ ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ(ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ನೋಟ 2006–07).

ಭೂಗರ್ಭ, ಖನಿಜ, ಮಣ್ಣುಗಳು: ಭೂಗರ್ಭವು ಆರ್ಕೇಯಿಯನ್ ಯುಗದ ಷಿಷ್ಟ್, ನೀಸ್ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾನೈಟ್ ಶಿಲೆಗಳಿಂದ ನಿರ್ಮಿತವಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಚಿನ್ನ, ತಾಮ್ರ, ಕಬ್ಬಿಣ, ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್, ಗೆಲೆನಾ, ಜಿಪ್ಸಮ್, ಕೋರಂಡಮ್, ಬಳಪದ ಕಲ್ಲು, ಕಟ್ಟಡಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ಕಲ್ಲು ಮುಂತಾದವುಗಳಿವೆ. ಇವೆಲ್ಲವುಗಳಲ್ಲಿ ಅತಿ ಮುಖ್ಯ ಅದಿರುಗಳೆಂದರೆ ಕಬ್ಬಿಣ, ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್, ಗೆಲೆನಾ, ಜಿಪ್ಸಮ್, ಕೋರಂಡಮ್, ಬಳಪದಕಲ್ಲು, ಕಟ್ಟಡಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ಕಲ್ಲು ಮುಂತಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಇವೆಲ್ಲವುಗಳಲ್ಲಿ ಅತಿ ಮುಖ್ಯ ಅದಿರುಗಳೆಂದರೆ ಕಬ್ಬಿಣ ಹಾಗೂ ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್ ಆಗಿವೆ. ಉತ್ತಮ ದರ್ಜೆಯ ಹೆಮಟೈಟ್ ಕಬ್ಬಿಣ ಅದಿರುಗಳು ಧಾರವಾಡದ ಷಿಷ್ಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 1250ಮೀಲಿಯನ್ ಮೆಟ್ರಿಕ್ ಟನ್ನುಗಳಷ್ಟು ಕಬ್ಬಿಣದ ಅದಿರಿನ ಸಂಗ್ರಹವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಸೊಂಡೂರಿನ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿಗಳ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣದ ಅದಿರುಗಳ ಸಂಗ್ರಹವಿದೆ. ಸೊಂಡೂರು ಹೊಸಪೇಟೆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್ ಅದಿರುಗಳಿವೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಚಿನ್ನ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಸೀಸದ ಅದಿರುಗಳಿವೆ. ಸಿರಗುಪ್ಪದಲ್ಲಿ ಹೇರಳವಾದ ಜಿಪ್ಸಮ್ ಅದಿರುಗಳಿವೆ. ಪಶ್ಚಿಮದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಣ್ಣುಗಳು ಮರಳು ಹಾಗೂ ಜೇಡಿ ಮಿಶ್ರಿತ ಕೆಂಪು ಆಗಿವೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಮತ್ತು ಸಿರಗುಪ್ಪ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆಳವಾದ ಕಪ್ಪು ಮಣ್ಣುಗಳಿವೆ. (ಸೂರ್ಯನಾಥ ಕಾಮತ್–(2009).

ಸಸ್ಯ, ಬೆಳೆಗಳು: ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸುಮಾರು ಶೇ.16ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಪ್ರದೇಶ ಅರಣ್ಯಮಯವಾಗಿದೆ. ಸೊಂಡೂರು ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಉದುರೆಲೆ ಕಾಡುಗಳಿವೆ. ಈ ಕಾಡುಗಳಲ್ಲಿ ದಿಂಡಿಗ, ಕಮ್ಮರ, ಹರಗಲು, ಶ್ರೀಗಂಧ, ಬೀಟೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯ ಕಡೆಗೆ ಈಚಲು ಮರಗಳು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪೂರ್ವದ ಭಾಗವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕುರುಚಲು ಕಾಡುಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದು ಇಲ್ಲಿ ಹುಣಸೆ, ಮಾವು, ಬೇವು, ತೂಪರ ಮತ್ತು ಸೀತಾಫಲಗಳು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಸುಮಾರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅರ್ಧ ಭೂಭಾಗ ಸಾಗುವಳಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಆಹಾರದ ಬೆಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜೋಳ ನಂತರ ಭತ್ತ, ರಾಗಿ, ಸಜ್ಜೆ ಮತ್ತು ದ್ವಿದಳಧಾನ್ಯಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ವಾಣಿಜ್ಯ ಬೆಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬು, ತೆಂಗು, ಕಡಲೆಕಾಯಿ ಮತ್ತು ಹತ್ತಿಯನ್ನು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ಪೂರ್ವದ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವಾಣಿಜ್ಯ ಬೆಳೆಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿದ್ದು, ಬಾಳೆ, ಮಾವು, ನಿಂಬೆ, ಸೀತಾಫಲ ಮುಂತಾದ ಫಲಗಳು, ಈರುಳ್ಳಿ, ಟೊಮೆಟೊ, ಬದನೆ, ಮೆಣಸಿನಕಾಯಿ ಮುಂತಾದ ಅನೇಕ ತರಕಾರಿಗಳೂ ಇಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀರಾವರಿ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತೋಟಗಾರಿಕೆ

ಹಾಗೂ ತರಕಾರಿ ಬೆಳೆಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ವಿಜಯನಗರದ ಕೃಷ್ಣದೇವರಾಯನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ನೀರಾವರಿ ಸಂಬಂಧವಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಾ ಬಂದಿವೆ. ತುಂಗಭದ್ರಾ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ನೀರಾವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಲ ಬಂದಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಡುಗಳು ದಟ್ಟವಾಗಿಲ್ಲ. ಬೆಟ್ಟಗುಡ್ಡಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ನದಿಗಳ ದಂಡೆಗಳ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದಿಂಡಲು, ಮಶ್ವಾಲ, ತುಗ್ಲಿ, ಹಲಗತ್ತಿ, ಬೇವು, ಬೈರ, ಮಾವು, ಹುಣಸೆ, ಅತ್ತಿ, ಆಲ, ಬೋರೆ ಮುಂತಾದ ಸಸ್ಯಗಳು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಹುಲ್ಲುಗಾವಲುಗಳು ಹೊಲಗಳ ದಂಡೆಗುಂಟ ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ.

ಪ್ರಾಣಿ, ಪಕ್ಷಿಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ: ಕಾಡುಗಳಿರುವ ಸೊಂಡೂರು ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವನ್ಯಪ್ರಾಣಿಗಳಿರುವುದು ಒಂದು ವಿಶೇಷ. ಇಲ್ಲಿ ಕಡವೆ, ಜಿಂಕೆ, ಕಾಡುಹಂದಿ, ಕಿರುಬ, ತೋಳ, ಕಾಡುಕುರಿ, ಮುಳ್ಳುಹಂದಿ, ಕರಡಿ, ಮೊಲ, ಅಳಿಲು ವಾಸಿಸುತ್ತವೆ. ಪಕ್ಷಿಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಉತ್ತರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ, ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ಕೊಕ್ಕರೆ, ಗಿಣಿ, ನವಿಲು, ಪಾರಿವಾಳ, ಗಿಡುಗ, ಹದ್ದುಗಳು ಇಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತವೆ, ತುಂಗಭದ್ರಾ ನದಿಯಲ್ಲಿ ಮೊಸಳೆಗಳು ಉಂಟು. ನಾಗರ ಹಾವು, ಹೆಬ್ಬಾವು, ಕಟುಗದ ಹಾವು, ಹಸಿರು ಹಾವು, ಕೆರೆಹಾವು ಮುಂತಾದ ಉರಗಗಳು ಇಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತವೆ(ಸೂರ್ಯನಾಥ ಕಾಮತ್, ಕರ್ನಾಟಕ ಅಟ್ಲಾಸ್–2009).

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಜನಸಾಂದ್ರತೆ

2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 20,25,242 ಇದೆ. ರಾಜ್ಯದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 3.84ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ 7ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ 131,92,39(ಶೇ.65.12)ರಷ್ಟನ್ನು, 7,16,003 (ಶೇ.34.87)ರಷ್ಟು ನಗರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. 2001ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಹಡಗಲಿ 1,69,108ರಷ್ಟು, ಹಗರಿಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ 1,59,886ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆ 3,74,949ರಷ್ಟು, ಸಿರುಗುಪ್ಪ 35,344ರಷ್ಟು, ಬಳ್ಳಾರಿ 62,498ರಷ್ಟು, ಸಂಡೂರು 1,91,166ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 2,72,183ರಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇದ್ದು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 20,27,140ರಷ್ಟಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಪುರುಷರ ಸಂಖ್ಯೆ 1,02,974 ಆಗಿದ್ದು, ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆ 9,97,426ರಷ್ಟಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದೇ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಪುರುಷರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಇದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ 13.20,290ರಷ್ಟು ಜನ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು 7,06,850ರಷ್ಟು ಜನ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ 3,74,218ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಜನ ಮತ್ತು 3,64,638ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಜನ ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. (ಜನಗಣತಿ–2001).

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಪುರುಷರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯೇ ಅಧಿಕ ಜನ ವಾಸವಾಗಿರುವುದು ಇದರಿಂದ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಜನರು ಇದ್ದು, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಿಗಿಂತ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಯವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ.

2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಪ್ರತಿ ಚದರ ಕಿಲೋಮೀಟರ್‌ಗೆ 240 ಇದ್ದು, ಇದು ರಾಜ್ಯದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಗಿಂತ(276) ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು(415) ಹೊಂದಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಅತಿಕಡಿಮೆ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹಗರಿಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ (164)ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿದೆ. 1991–2001ರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಾರ್ಷಿಕ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರ ಶೇ.22.4 ರಷ್ಟಿದೆ. ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್.3; 2007–08ರ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಕ್ಷರತಾ ದರ ಶೇ64.9 ಇದ್ದು ಅದರಲ್ಲಿ ಪುರುಷರದು ಶೇ.74.7ರಷ್ಟಿದ್ದು ಮಹಿಳೆಯರದು ಶೇ.55.3 ರಷ್ಟಿದೆ. ಅದೇ 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಶೇ.69.2ರಷ್ಟಿದ್ದು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಕೇವಲ ಶೇ.45.3 ರಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 969 ಇದ್ದು, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ 977 ಇದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯಲ್ಲಿ 955 ಇದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 947 ಇದ್ದು, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ 955 ಇರುತ್ತದೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯಲ್ಲಿ 945ರಷ್ಟಿದೆ(ಜನಗಣತಿ–2001). ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 18ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ವಿವಾಹ ಆಗುವ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.36.3 ರಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.38.1ರಷ್ಟಿದೆ. ಪ್ರತಿ ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆ ಮೂರು ಮತ್ತು ಮೂರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.31.5ರಷ್ಟಿದ್ದು ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.33.8ರಷ್ಟು ಇರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. 15ವರ್ಷದಿಂದ 19ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಶೇ.24.3ರಷ್ಟು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ತಾಯಿಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ (ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್.3).

2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲ್ಲೂಕುವಾರು, ಲಿಂಗವಾರು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ–3.1ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-3.1
ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲ್ಲೂಕುವಾರು, ಲಿಂಗವಾರು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ-2001

ಕ್ರ ಸಂ	ತಾಲ್ಲೂಕು	ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಪುರುಷರು	ಮಹಿಳೆಯರು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಜನಸಾಂದ್ರತೆ	ಲಿಂಗಾನುಪಾತ
01	ಹಡಗಲಿ	168118	85051	83067	144704	23414	177	977
02	ಹ.ಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ	159886	80770	79116	159886	–	164	980
03	ಹೊಸಪೇಟೆ	374949	189674	185275	153499	221450	415	977
04	ಸಿರುಗುಪ್ಪ	235344	117735	117613	168842	66502	227	999
05	ಬಳ್ಳಾರಿ	625494	319008	306486	308728	316766	370	961
06	ಸಂಡೂರು	191166	98278	92888	156998	34168	166	945
07	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ	127183	139202	132981	227633	44550	168	955
	ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ	**2027014**	**1029714**	**997426**	**1320290**	**706850**	**240**	**969**
	ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ	**52850562**	**26898918**	**25951644**	**34889033**	**17961529**	**276**	**965**

ಆಧಾರ: ಗೌರ್ನಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಕರ್ನಾಟಕ, ಹೈಪವರ್ ಕಮಿಟಿ ಫಾರ್ ರೀಜನಲ್ ಇಂಬ್ಯಾಲೆನ್ಸ್ ಫೈನಲ್ ರಿಪೋರ್ಟ್-2002

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಬಳ್ಳಾರಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೊಂದಿದೆ. ಆದರೆ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೊಂದಿದೆ(415). ಅದೇರೀತಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹಗರಿಬೊಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ ತಾಲ್ಲೂಕು (164)ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚು ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಅಂದರೆ 1000 ಪುರುಷರಿಗೆ ಸ್ತ್ರೀಯರ ಸಂಖ್ಯೆ 999ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಸಿರುಗುಪ್ಪ ತಾಲ್ಲೂಕು. ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನನು 945 ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಸಂಡೂರು ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-3.2
ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಪ್ರಮಾಣ-2001

ಕ್ರಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಒಟ್ಟು			ಪ.ಜಾತಿ			ಪ.ಪಂಗಡ		
		ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಒಟ್ಟು	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಒಟ್ಟು	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಒಟ್ಟು
01	ಕರ್ನಾಟಕ	26898918	25951644	52850562	4339745	4224185	8563930	1707748	1707748	3463986
02	ಬಳ್ಳಾರಿ	1029714	997426	2027014	188836	185642	405220	183662	180976	364638

ಮೂಲ: ಸೆನ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ-2001

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷ ಹಾಗೂ ಸ್ತ್ರೀಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ವಿವರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

3.4 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ವಿವರಗಳು

ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಂಶಗಳು:

ಶಿಕ್ಷಣ: ಕರ್ನಾಟಕದ ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿರುವ ಗಡಿನಾಡ ಪ್ರದೇಶವಾದ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ತುಂಬಾ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು, ಮದ್ರಾಸ್ ಪ್ರಾಂತ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಬಳಿಕ, ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸುಧಾರಣೆಗಳಾದವು. ಕ್ರಿ.ಶ. 1823ರಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಅಂದಿನ ಕಲೆಕ್ಟರೇಟ್ ಆಗಿದ್ದ ಸರ್ ಥಾಮಸ್ ಮನ್ರೋ ಅವರು ಒಂದು ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿ, ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತ ಪ್ರವಾಸ ಕೈಗೊಂಡು, ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಶೈಕ್ಷಣಿಕವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆ ಎಂದು ಮದ್ರಾಸ್ ಪ್ರಾಂತ್ಯದ ಗೌರ್ನರ್‌ರವರಿಗೆ ವರದಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದರು.

ಅಂದಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೂ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಮಟ್ಟ ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಆ ಭಾಗದ ಜನರ ಜೀವನಮಟ್ಟದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಸುವ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಮಾಪನವಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಪ್ರಮಾಣದ ವಿವರವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-3.3

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಪ್ರಮಾಣದ ವಿವರ-2001

ಕ್ರ.ಸಂ	ವಿವರ	ಗಂಡು ಶೇ.	ಹೆಣ್ಣು ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಶೇ.	ಜನಸಾಂದ್ರತೆ	ಒಟ್ಟು	0-6ಮಕ್ಕಳ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ
01	ಕರ್ನಾಟಕ	76.29	57.29	67.04	275	964	941
02	ಬಳ್ಳಾರಿ	69.20	45.30	57.40	240	969	947

ಆಧಾರ: ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಸಂಗ್ರಹ, 2006- 07

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.57.40ರಷ್ಟಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಕೇವಲ ಶೇ 45.27ರಷ್ಟಿದೆ. ರಾಜ್ಯದ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಸಾಕ್ಷರತೆ ಶೇ.67.4ರಷ್ಟಿದೆ. ರಾಜ್ಯಕ್ಕೂ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಇರುವ ಅಂತರ ಸುಮಾರು ಶೇ.10ರಷ್ಟು, ಇದನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಇಲ್ಲವೇ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಲು ಶ್ರಮಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-3.4

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲ್ಲೂಕುವಾರು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತೆ ಲಿಂಗವಾರು ವಿವರ-2001

ಕ್ರ. ಸಂ	ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು	ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ			ಒಟ್ಟು ಸಾಕ್ಷರತೆ		
		ಪುರುಷರು	ಮಹಿಳೆಯರು	ಒಟ್ಟು	ಪುರುಷರು	ಮಹಿಳೆಯರು	ಒಟ್ಟು
01	ಬಳ್ಳಾರಿ	3,18,342	3,07,087	6,25,494	1,96,235	1,29,675	3,25,910
					(71.86)	(49.04)	(60.64)
02	ಹಡಗಲಿ	84,975	83,045	1,68,020	52,342	34,850	87,192
					(7169)	(4859)	(6043)
03	ಹ.ಬೊ.ಹಳ್ಳಿ	80,793	79,107	1,59,900	48,313	30,599	78,912
					(7125)	(4574)	(5858)
04	ಹೊಸಪೇಟೆ	1,89,200	1,84,465	3,73,665	1,16,599	80,596	1,97,195
					(7168)	(5062)	(6129)
05	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ	1,39,170	1,32,720	2,71,890	85,366	53,498	1,38,864
					(7258)	(4765)	(6042)
06	ಸಂಡೂರು	98,244	92,915	1,91,159	53,211	32,881	86,092
					(6466)	(42,24)	(5376)
07	ಶಿರುಗುಪ್ಪ	1,17,757	1,17,422	2,35,179	56,099	30,338	86,437
					(5758)	(3083)	(4414)
	ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ	**10,28,481**	**9,96,761**	**20,25,242**	**6,08,165**	**3,92,437**	**10,00,602**
					(6959)	**(4616)**	**(5804)**
	ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ	**2,68,56,343**	**2,58,77,615**	**5,27,33,958**	**17817682**	**12957306**	**30774988**
					(76.29)	**(57.45)**	**(67.04)**

ಸೂಚನೆ:0-6ವಯೋಮಾನದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಗಣನೆ ಮಾಡಿದ ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಆವರಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಾಕ್ಷರತೆಯನ್ನು ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಮೂಲ: ಗೌರ್ನಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಕರ್ನಾಟಕ, ಹೈಪವರ್ ಕಮಿಟಿ ಫಾರ್ ರೀಜನಲ್ ಇಂಬ್ಯಾಲೆನ್ಸ್ ಫೈನಲ್ ರಿಪೋರ್ಟ್- 2002

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರ್ಥಿಕತೆ

ಕೈಗಾರಿಕೆ: ಬೇಸಾಯದಷ್ಟೆ ಕೈಗಾರಿಕೆ ಕೂಡ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಉದ್ದಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು

60ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್ ಉತ್ಪಾದನಾ ಗಣಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿದ್ದು ಬಳ್ಳಾರಿ, ಹೊಸಪೇಟೆ ಹಾಗೂ ಸೊಂಡೂರು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಇವು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿವೆ. ಕಬ್ಬಿಣ ಹಾಗೂ ಮ್ಯಾಂಗನೀಸ್ ಅದಿರುಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಿಂದ ರಫ್ತು ಮಾಡಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕಂಪ್ಲಿಯಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾರ್ಖಾನೆ ಮತ್ತು ಅಕ್ಕಿಗಿರಣಿಗಳು ಇವೆ. ಒಂದು ಸ್ಪಿರಿಟ್ ಹಾಗೂ ಮಾದಕ ಪಾನೀಯದ ಕಾರ್ಖಾನೆ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿದೆ. ತುಂಗಭದ್ರಾ ಉಕ್ಕಿನ ಕಾರ್ಯಗಾರ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ, ತೋರಣಗಲ್ಲಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಸ್ವಾಮ್ಯದ ಉಕ್ಕಿನ ಕಾರ್ಖಾನೆ ಹೀಗೆ ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಉದ್ದಿಮೆಗಳು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಬಸ್‌ಗಳಿಗೆ ಮೈಕಟ್ಟುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವ ಎಂ.ಜಿ. ಆಟೋಮೊಬೈಲ್ಸ್ ಕೂಡ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಉದ್ದಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಪಿನ್ನಿಂಗ್ ಹಾಗೂ ವೀವಿಂಗ್ ಕಾರ್ಖಾನೆ ಇದೆ. ಸಿರಗುಪ್ಪದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಬೆಲ್ಲ ತಯಾರಿಸುವ ಘಟಕಗಳಿವೆ. ಸುಮಾರು 250ಕ್ಕೂ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಸಣ್ಣ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಹತ್ತಿಯನ್ನು ಹಿಂಜಿ ಬೇಲ್ ತಯಾರಿಸುವ ಗಿರಣಿ, ಬಟ್ಟೆ ತಯಾರಿಸುವ ಗಿರಣಿ, ಶೇಂಗಾ ಎಣ್ಣೆ ಗಿರಣಿಗಳು, ಇಂಜಿನಿಯರಿಂಗ್ ವಸ್ತುಗಳ ತಯಾರಿಕೆ ಹಾಗೂ ರಿಪೇರಿ ಮಾಡುವ ಘಟಕಗಳು, ಕೊಳವೆಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ, ಬೀಡಿ ಕಟ್ಟುವ ಮತ್ತು ಬಡಗಿ ಕೆಲಸಗಳ ಅನೇಕ ಘಟಕಗಳು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಹಗರಿಯ ಹತ್ತಿರ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಕಾರ್ಬೈಡ್ ಘಟಕವಿದೆ. ಉಣ್ಣೆ, ಬಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಂಬಳಿಗಳು ಇಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತವೆ. ಮಡಕೆ, ಚಾಪೆ ಮತ್ತು ಬುಟ್ಟಿಗಳು ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ತಯಾರಾಗಿ ರಫ್ತು ಆಗುತ್ತವೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ, ಹೊಸಪೇಟೆ, ಕೊಟ್ಟೂರುಗಳು ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ವ್ಯಾಪಾರೀ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿವೆ(ಸೂರ್ಯನಾಥ ಕಾಮತ್ ಅವರ ಕರ್ನಾಟಕ ಅಟ್ಲಾಸ್–2009).

ಕೋಷ್ಟಕ–3.5

ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸರಾಸರಿ ದುಡಿಮೆಗಾರರ ವಿವರ

ಕ್ರ ಸಂ	ಪ್ರದೇಶ	ಮುಖ್ಯ ಕೆಲಸಗಾರರು	ಅರೆಕಾಲಿಕ ಕೆಲಸಗಾರರು	ಕೆಲಸಗಾರ ರಲ್ಲದವರು	ವ್ಯವಸಾಯ ಗಾರರು	ಕೃಷಿ ಕಾರ್ಮಿಕರು	ಗೃಹಕೃತ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆ	ಇತರೆ ಸೇವೆ	ಒಟ್ಟು ಕಾರ್ಮಿಕರು
01	ಕರ್ನಾಟಕ	19364759	4170032	29315771	6883856	6226942	959665	9464328	23534791
02	ಬಳ್ಳಾರಿ	801369	119452	1106319	251207	13200	25737	282444	920821

ಮೂಲ: ಕರ್ನಾಟಕ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ನೋಟ, 2006–07

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಉದ್ಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಲಸಗಾರರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ, ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೃಷಿಯು ಪ್ರಧಾನ ಉದ್ಯೋಗವಾಗಿದ್ದು, ಅದಕ್ಕೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ, ಗೃಹಕೃತ್ಯ ಮತ್ತು ಇತರೇ ಎಲ್ಲಾ ಸೇವೆಗಳು ಸೇರಿ ಒಟ್ಟು 9,20,821 ಕಾರ್ಮಿಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಒಟ್ಟು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸರಾಸರಿ ಶೇ.49ರಷ್ಟಿದೆ. ಕಾರ್ಮಿಕರು ತಮ್ಮ ದುಡಿಮೆಯಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ ಮತ್ತು

ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಕಾರ್ಮಿಕರ ದುಡಿಮೆ, ಆದಾಯ, ಜೀವನವೆಚ್ಚ ಹಾಗೂ ಜೀವನದ ಭದ್ರತೆಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಮಾನದಂಡವಾಗಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-3.6

ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಆದಾಯ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಮಳೆ ಪ್ರಮಾಣ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆದಾಯ ಮತ್ತು ಸರಾಸರಿ ಮಳೆಯ ಪ್ರಮಾಣದ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಒಟ್ಟು ಆದಾಯ ಕೋಟಿ ಗಳಲ್ಲಿ	ತಲಾ ಆದಾಯ ಕೋಟಿ ಗಳಲ್ಲಿ	ಮಳೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಮಿ.ಮೀ.ಗಳಲ್ಲಿ	ವಾಸ್ತವಿಕ ಮಳೆ ಮಿ.ಮೀ.ಗಳಲ್ಲಿ
01	ಕರ್ನಾಟಕ	10565775	17482	1139 ಮಿ.ಮೀ	819 ಮಿ.ಮೀ
02	ಬಳ್ಳಾರಿ	366352	15819	633 ಮಿ.ಮೀ.	325 ಮಿ.ಮೀ

ಆಧಾರ: ಕರ್ನಾಟಕ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ನೋಟ, 2006- 07

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಆದಾಯವನ್ನು ತಿಳಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಉದ್ಯೋಗ ಕೃಷಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ಕೃಷಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳೆಲ್ಲವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಳೆಯನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದರಿಂದ, ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಬೀಳುವ ಸರಾಸರಿ ಮಳೆಯ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರಮಾಣವು ಈ ಭಾಗದ ಜನರ ದುಡಿಮೆ, ಆದಾಯ, ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದರಿಂದ ಕಳೆದ 2003- 04ರ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ವಾಸ್ತವಿಕ ಮಳೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಕೇವಲ 325 ಮಿ.ಮಿ.ಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತಗೊಂಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಬಂದ ಒಟ್ಟು ಆದಾಯ ರೂ.3 ಲಕ್ಷ 66 ಸಾವಿರ ಕೋಟಿ ರೂ.ಗಳಿಗೂ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಇಂತಹ ಒಟ್ಟು ಜಿಲ್ಲಾದಾಯದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಭಾಗಿಸಿದಾಗ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಬಳ್ಳಾರಿ ಪ್ರಜೆಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಆದಾಯ ರೂ.15819ಗಳಾಗಿದೆ (ಕರ್ನಾಟಕ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ನೋಟ, 2006- 07).

3.5 ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ

"ಆರೋಗ್ಯವೇ ಸಂಪತ್ತು, ಆರೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಎಲ್ಲ ಸಂಪತ್ತು ನಶ್ವರ". ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವರ ಸುಖ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರದ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಅತಿಮುಖ್ಯವಾದ ಕೊಡಗೆಯಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಆದಾಯವಲ್ಲದ ಆಯಾಮವನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆಯಲು ಬಳಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಮಾಪನಗಳೆಂದರೆ ಜನನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವಿತಾವಧಿ, ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ದರ, ಮರಣ ದರ ಮತ್ತು ಜನನ ದರ. ದೀರ್ಘಾಯುಷ್ಯವು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಾನದಂಡವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ಮೂಲಕ ಅಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ

ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಇವುಗಳು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳ ಮೇಲೆ ಹೂಡುವ ಬಂಡವಾಳ ಇವೆರಡು ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿವೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವು ಎಷ್ಟು ಮಹತ್ವದ್ದು ಅನ್ನುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ ಭಾರತ ಸಂವಿಧಾನವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನ ಒದಗಿಸುವುದು ಸರ್ಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೆಂದು ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಈ ಜವಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರ, ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಹೊರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೊರುತ್ತಿವೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-3.7

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರಸಂ	ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು	ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂ(ಕ್ಲಿನಿಕ್)	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು
01	ಬಳ್ಳಾರಿ	24(78)	41	13(78)
02	ಹೊಸಪೇಟೆ	13(42)	20	7(42)
03	ಸಂಡೂರು	06(60)	02	05(30)
04	ಹೆಚ್.ಬಿ.ಹಳಿ	09(116)	07	07(42)
05	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ	11(128)	15	08(48)
06	ಹಡಗಲಿ	11(98)	05	08(48)
07	ಶಿರುಗುಪ್ಪ	11(86)	06	06(36)
08	ಒಟ್ಟು	85(608)	76	54(324)

ಆಧಾರ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ, 2006 -07, ಪು.60: (ಆವರಣದಲ್ಲಿರುದು ಹಾಸಿಗೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ.)

ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು:

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅಷ್ಟೇನು ಉತ್ತಮಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇರಲಿಲ್ಲವೆಂಬುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದವಿ ಪಡೆದವರ ಸಂಖ್ಯೆ ತುಂಬ ವಿರಳವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದ್ದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಲು ಸಾರಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕಗಳ ತೊಂದರೆಯಿದ್ದುದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯಿರಲಿಲ್ಲ. ಅವರು ಸ್ಥಳಿಯ ಔಷಧಿಯನ್ನೆ ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ನಂತರ ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಜಯನಗರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡ ನಂತರ

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಗಳೆರಡೂ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, 08 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, 06 ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು(ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು). 54 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, 06 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳು, 02 ಸಂಚಾರಿ ಘಟಕಗಳು(ಹಡಗಲಿ, ಹೊಸಪೇಟೆ), 02 ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ಕೇಂದ್ರಗಳು(ಬಳ್ಳಾರಿ, ಹೊಸಪೇಟೆ), 01 ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರ(ಕೂಡ್ಲಿಗಿ), 01 ಜಿಲ್ಲಾ ಸರ್ವಿಯಲೆನ್ಸ್ (ಕಣ್ಗಾವಲು,ನಿಗಾ) ಕೇಂದ್ರ(ಬಳ್ಳಾರಿ), 01 ಇ.ಎಸ್.ಐ ಆಸ್ಪತ್ರೆ(ಬಳ್ಳಾರಿ), 293 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, 01 ರಕ್ತನಿಧಿ ಕೇಂದ್ರವಿದೆ. ಇದು ವಿಮ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಇದೆ. ಅದು ವಿಜಯ ನಗರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ವಿಜ್ಞಾನ ಕಾಲೇಜು ಆಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುನ್ನತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಮಹಾ ವಿದ್ಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಶಾಖೆಗಳಾದ ಜರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, ಸರ್ಜರಿ, ಕಣ್ಣು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ದಂತ, ಚರ್ಮರೋಗ, ಮನೋವಿಜ್ಞಾನ, ರೇಡಿಯಾಲಜಿ, ಮೂಳೆ, ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ, ಮಕ್ಕಳು, ಅನೇಸ್ತೀಶಿಯಾ ವಿಭಾಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಕ್ಷಯರೋಗ ಮತ್ತು ಕುಷ್ಠರೋಗ ಘಟಕಗಳು, ಸಂಚಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಕಣ್ಣಿನ ಘಟಕ ಹಾಗೂ ರಕ್ತ ನಿಧಿ ಘಟಕಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ (ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ ಕಡತಗಳ ಮಾಹಿತಿ–2009).

ಕೋಷ್ಟಕ–3.8

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರಕ ಮಾಹಿತಿ

2007–08ರ ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್.3ರ ಪ್ರಕಾರ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ.

ಕ್ರ.ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಒಟ್ಟು(ಶೇ.)	ಗ್ರಾಮೀಣ(ಶೇ)
01	ಒಟ್ಟು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ(7+)	64.9	59.7
02	ಒಟ್ಟು ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ(7+)	74.7	70.1
03	ಒಟ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ(7+)	55.3	49.6
04	ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಶಾಲಾ ದಾಖಲಾತಿ(6–11ವರ್ಷದ)	92.0	90.6
05	ಗಂಡುಮಕ್ಕಳ ಶಾಲಾ ದಾಖಲಾತಿ(6–11ವರ್ಷದ)	94.1	92.2
06	ವಿದ್ಯುತ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	91.9	89.8

07	ಶೌಚಾಲಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	29.9	12.3
08	ಪೈಪ್ ಮೂಲಕ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯ ಉಳ್ಳವರು	75.7	69.7
09	ಅಡಿಗೆಗೆ ಎಲ್.ಪಿ.ಜಿ. ಗ್ಯಾಸ್ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	17.3	9.0
10	ಪಕ್ಕಾ ಮನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	22.0	11.0
11	ಸ್ವಂತ ಮನೆ ಹೊಂದಿರುವವರು	88.6	92.7
12	ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್. ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	49.9	53.0
13	ಸ್ವಂತ ಕೃಷಿಭೂಮಿ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	50.2	60.7
14	ಟಿ.ವಿ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು	52.6	41.5
15	ಮೊಬೈಲ್ ಫೋನ್ ಹೊಂದಿರುವವರು	35.7	24.1
16	ಮೋಟಾರು ವಾಹನ ಹೊಂದಿರುವವರು	17.5	11.2

ಮೂಲ: ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್–3

ಸಂತಾನಹರಣ

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಸಂತಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ 2008–09ರಲ್ಲಿ 600 ಆಗಿರುವುದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ 2000–01ರಲ್ಲಿ 67 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2001–02ರಲ್ಲಿ 76 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2002–03ರಲ್ಲಿ 27 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2003–04ರಲ್ಲಿ 23 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2004–05ರಲ್ಲಿ 16 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2005–06ರಲ್ಲಿ 25 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2006–07ರಲ್ಲಿ 23 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2007–08ರಲ್ಲಿ 13 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2008–09ರಲ್ಲಿ 600 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ದಾಖಲೆಯಾಗಿದೆ.

ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ

ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸರಕಾರವು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಹಲಹು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆದರೂ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2000ದಿಂದ 2009ರವರೆಗೆ ನಡೆಸಿದಿರುವ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:3.9

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2000ದಿಂದ 2009ರವರೆಗೆ ನಡೆಸಿದಿರುವ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣ

ಕ್ರ.ಸಂ	ವರ್ಷ	ಹೆರಿಗೆಗಳು	ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	ದರ
01	2000–01	43007	10045	23.4
02	2001–02	41524	12168	28.0
03	2002–03	43363	14725	34.0
04	2003–04	45414	16218	36.7
05	2004–05	44610	16028	35.8
06	2005–06	45698	16803	36.8
07	2006–07	48102	17901	37.2
08	2007–08	47442	20355	42.9
09	2008–09	52121	25988	49.8

ಮೂಲ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳಿಂದ–2008–09

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ 2001ರಿಂದ 2009ರವರೆಗಿನ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಬಹಳ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಸರಕಾರ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಯತ್ನಪಟ್ಟರೂ ಕೂಡ 2008–09ರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇ.49.8ರಷ್ಟಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:3.10

ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಯಂದಿರ, ನವಜಾತ ಮಕ್ಕಳ, ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಫಲವತ್ತತೆಯ ಪ್ರಮಾಣದ ವಿವರ (2001–02)

ಕ್ರ. ಸಂ.	ವಿವರ.	ತಾಯಂದಿರ, ಮರಣ	ಶಿಶು ಮರಣ ದರ	ಫಲವತ್ತತೆ ಪ್ರಮಾಣ
1.	ಕರ್ನಾಟಕ	195(1998ರಲ್ಲಿ)	55	2.4
2.	ಬಳ್ಳಾರಿ	--	53	3.1

ಮೂಲ: ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005

ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವಿತಾವಧಿ:

ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ಎಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತವೆಯೋ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನರ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಮಟ್ಟ ಉತ್ತಮ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಾವಧಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಆದುದರಿಂದ ಇದನ್ನು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೂಲ ಮಾನದಂಡವನ್ನಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. 2006ರಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವಿತಾವಧಿ 66.1 ವರ್ಷಗಳಾಗಿದೆ(ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3). 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪುರುಷರ ಜೀವಿತಾವಧಿ 64.6 ಇದ್ದರೆ ಮಹಿಳೆಯರದು 67.6 ವರ್ಷಗಳಿರುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2008-09ರಲ್ಲಿ ವಾರ್ಷಿಕ ಶಿಶುಮರಣ ದರ ಶೇ.22.70ರಷ್ಟಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ(ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆ-2009).

2007-08ರ ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್.3ರ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತಳಮಟ್ಟದ ಜೀವನ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.62.4ರಷ್ಟು ಇರುತ್ತದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.75.9 ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.17.5ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.15.5ರಷ್ಟಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.19.9 ಆಗಿದ್ದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅದು ಶೇ.8.5ರಷ್ಟು ಇರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಸಂಯುಕ್ತ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳು:

2007-08ರ ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3ರ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 12ರಿಂದ 23 ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳು ಬಿಸಿಜಿ, ಡಿಪಿಟಿ ಮತ್ತು ಪೋಲಿಯೋ ಹಾಗೂ ಮೀಸೆಲ್ಸ್ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.68.6ರಷ್ಟು ಆಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಕೇವಲ ಬಿಸಿಜಿ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೆ.96.3ರಷ್ಟಾಗಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇ.96.7ರಷ್ಟಾಗಿದೆ. ಮೂರು ಡೋಸ್ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.86.4ರಷ್ಟಾಗಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇ.85.7ರಷ್ಟಿದೆ. ಡಿಪಿಟಿ ಮೂರು ಡೋಸ್ ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.77.2ರಷ್ಟಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲಿ ಇದು ಶೇ.79.2ರಷ್ಟಿದೆ. ಮೀಸೆಲ್ಸ್ ವ್ಯಾಕ್ಸೀನ್ ಪಡೆದ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.82.3ರಷ್ಟಾಗಿದ್ದರೆ, ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.85.0ಯಷ್ಟಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದ ಮೂರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.61.3ರಷ್ಟಿದೆ. ಇದನ್ನು ಕೇವಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗವೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿ ನೋಡಿದರೆ ಶೇ.52.2ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಇದೆ.

ಅದೇರೀತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ತಮ್ಮ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಕೊನೇಪಕ್ಷ ಮೂರು ಬಾರಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.64.2 ಇರುತ್ತದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.55.1 ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ತನ್ನ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ

ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೊನೇಪಕ್ಷ ಒಂದು ಟಿ.ಟಿ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್ ಪಡೆದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.64.7ರಷ್ಟು ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.54.3ರಷ್ಟಾಗಿದ್ದು ಒಟ್ಟು ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.45.4ರಷ್ಟಿದ್ದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇ.36.2ರಷ್ಟಿರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು/ನರ್ಸ್/ ಎ.ಎನ್.ಎಂಗಳವರ ಸಹಾಯ ಪಡೆದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.17.3ರಷ್ಟಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇದು ಇನ್ನೂ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು ಅದು ಶೇ.15.9ರಷ್ಟಾಗಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ 48ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.54.7ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ(ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್3).

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಎಚ್.ಐ.ವಿ/ ಏಡ್ಸ್

ಎಚ್.ಐ.ವಿ.(ಹ್ಯೂಮನ್ ಇಮ್ಯುನೋ ಡಿಫಿಸಿಯನ್ಸಿ ವೈರಸ್) ವೈರಾಣುವಿನಿಂದ ಬರುವ ಏಡ್ಸ್(ಅಕ್ವಾರ್ಯ್ಡ್ ಇಮ್ಯುನೋ ಡಿಪಿಸಿಯನ್ಸಿ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್) ಕಾಯಿಲೆಯು ದೇಹದ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸಿ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಎಚ್.ಐ.ವಿ. ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದು ಆತಂಕದ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. 1988ರಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಈ ರೋಗವು 1998ರ ಅವಧಿಗೆ 98 ಎಚ್ಐವಿ ಮತ್ತು 06 ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಕರಣವು ದಾಖಲಾಗಿವೆ. 2003ರ ವೇಳೆಗೆ 56 ಪ್ರಕರಣಗಳು ದಾಖಲಾಗಿವೆ. 1987–2003ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ 2294 ಎಚ್.ಐ.ವಿ. ಮತ್ತು 56 ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ದಾಖಲಾಗಿವೆ. 2006–07ರ ವೇಳೆಗೆ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ 1394ಕ್ಕೆ ಏರಿರುವುದು ಕಳವಳಕಾರಿಯಾಗಿದೆ (ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ–2006–07). ಎಚ್.ಐ.ವಿ. ಮತ್ತು ಏಡ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಆರು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಎರಡನೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳೆಂದರೆ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದು ಉಳಿದವು ಕ್ರಮವಾಗಿ ದಾವಣಗೆರೆ, ಬಾಗಲಕೋಟೆ, ಉಡುಪಿ, ಮಂಡ್ಯ ಮತ್ತು ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾಗಿವೆ (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005).

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ

2007–08ರ ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್.3ರ ಪ್ರಕಾರ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 15–49 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಒಟ್ಟು ಶೇ.50.5ರಷ್ಟು ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ಶೇ.52.3ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ಟರಿಲೈಸ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು

ಶೇ.48.8ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಪುರುಷರು ಕೇವಲ ಶೇ.0.1ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಐ.ಯು.ಡಿ(ಇನ್‌ಟ್ರಾ ಯುಟೇರೈನ್ ಡಿವೈಸ್)ಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ.03ರಷ್ಟಿದೆ. ಕಾಂಡೋಮ್ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.0.7 ಆಗಿದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.0.4ರಷ್ಟಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಾರ್ಷಿಕ ಶಿಶು ಮರಣ ದರ 2008-09ರಲ್ಲಿ 22.70ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಪುರುಷರ ಸಂತಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2008-09ರಲ್ಲಿ 600ಆಗಿದೆ. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು 2008-09ರಲ್ಲಿ 25988 ಆಗಿದ್ದು ಶೇ.49.8ರಷ್ಟಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ(ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಕಡತ-2009).

ಇತರ ಸೂಚಿಗಳು:

ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುವ ಇತರ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ ವಸತಿ, ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಂತೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಶೇ.22.0ಯಷ್ಟು ಜನರು ಪಕ್ಕಾ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 11.0ಯಷ್ಟಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಶೇ.29.9ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಶೌಚಾಲಯ ಸೌಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.12.3ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಶೇ.75.7ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.69.7ರಷ್ಟಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 204 ವೈದ್ಯರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಮಂಜೂರಾಗಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 124 ವೈದ್ಯರು ಮಾತ್ರ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ(2009). ಈಗ ಪ್ರತಿ 16347.90 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ(ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಡತ-2009 ಮತ್ತು ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3).

3.6 ಅಧ್ಯಯನ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ವಿವರಗಳು

ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ವಿವರ

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆಯು ಪ್ರಮುಖ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹಾಗೂ ಉಪವಿಭಾಗವಾಗಿದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಮನಿಸಲೇ ಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ, ಈ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೆಚ್ಚು ನೀರಾವರಿ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಬೃಹತ್ ಮಧ್ಯಮ ಗಾತ್ರದ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಉಕ್ಕು ಉದ್ಯಮಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಪೂರ್ವ ಭಾಗದ ಗ್ರಾಮಗಳು, ಹೆಚ್ಚು ನೀರಾವರಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವ ವಾಣಿಜ್ಯ ಬೆಳೆಗಳು ಅಧಿಕವಾಗಿವೆ. ಇದರಿಂದ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಪ್ರಮುಖ ವ್ಯಾಪಾರಿ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಪರಿಣ ಮಿಸಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ವಿಧಾನಸಭಾ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿದ್ದ ಇದನ್ನು ವಿಜಯನಗರ ವಿಧಾನಸಭಾ ಕ್ಷೇತ್ರ ಎಂದು ಮರುನಾಮಕರಣ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಈ ತಾಲ್ಲೂಕು ಐತಿಹಾಸಿಕ ಪ್ರವಾಸಿ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಇಡೀ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಸರು ವಾಸಿಯಾಗಿದೆ. 2001ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಇಲ್ಲಿಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 374949ಆಗಿದೆ. ಈ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಏಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಮೂರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳು ಹಾಗೂ ಮೂರು ನಗರ ಕಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು, ಆಯುರ್ವೆದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಎರಡು, ಲೆಪ್ರಸಿ ಸೆಂಟರ್. ಮೂರು, ಟಿ.ಬಿ.ಸೆಂಟರ್ ಗಳಾಗಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ.(ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ)ನಲ್ಲಿ ಎರಡು ನಗರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೆಂಟರ್‌ಗಳನ್ನು(ಯು.ಎಚ್.ಸಿ) ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವು ಸಿದ್ಲಿಂಗಪ್ಪ ಚೌಕಿಯಲ್ಲೊಂದು ಮತ್ತೊಂದು ಚಿತ್ತವಾಡಗಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 27 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು, ನೂರು ಹಾಸಿಗೆಯ ಒಂದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 19 ಸರಕಾರಿ ಆಯುರ್ವೇದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ 15 ಖಾಸಗೀ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳು(ಕ್ಲಿನಿಕ್), 39 ಔಷಧಾಲಯಗಳನ್ನೂ ಹೊಂದಿ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುತ್ತಿದೆ(ತಾಲ್ಲೂಕು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳಿಂದ–2009).

ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿರುವ 27 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕು ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಉಳಿದ 23 ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ಮತ್ತು ಒಬ್ಬರು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಹೊಂದಿ ಕೆಲಸ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಈ 27 ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸ್ವಂತ ಕಟ್ಟಡವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರು ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಟ್ಟಡಗಳು ಮಾತ್ರ ದುರಸ್ತಿಯಲ್ಲಿವೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ(2005–12) ಯೋಜನೆಯಡಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಹತ್ತು ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯಾಗಿ ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ನೀಡಿರುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟಡದ ಸುಣ್ಣ ಬಣ್ಣ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರೆ ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿರುವುದರಿಂದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ (ತಾಲ್ಲೂಕ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳಿಂದ–2009).

ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಪರಿಚಯ

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮವು ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಗ್ರಾಮವಾಗಿದೆ. ಈ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯ್ತಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಹೊಸಪೇಟೆಯಿಂದ 25ಕಿ.ಮೀ. ದೂರದಲ್ಲಿದೆ. ಇದು ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರ ಬಳ್ಳಾರಿಯಿಂದ 36 ಕಿ.ಮೀ.ದೂರದಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯಿತಿಗೆ 3 ಗ್ರಾಮಗಳು ಸೇರಿವೆ. ಅವುಗಳು, 1. ಗಾದಿಗನೂರು 2. ಭುವನಹಳ್ಳಿ

3. ಕೋಟಿಗಾನಹಳ್ಳಿಗಳಾಗಿವೆ. 2007ರ ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ 895 ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 6091. ಈ ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯಿತಿಯ ಒಟ್ಟು ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ 2804.79 ಹೆಕ್ಟೇರುಗಳು. ಅದೇರೀತಿ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 4511ಗಳಾಗಿವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ 2236 ಪುರುಷರು, 2275 ಮಹಿಳೆಯರು ಇದ್ದಾರೆ. ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರು 1189 ಜನರಿದ್ದಾರೆ.(ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಪುಸ್ತಕ, ಗಾದಿಗನೂರು).

648 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಕುರುಬ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ 6 ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಶಾಲೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಒಂದು ಪ್ರೌಢಶಾಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇಡೀ ಗ್ರಾಮವು ಉತ್ತಮ ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಾಗಿ ಊರಿನ ಮುಖಂಡರು ಮತ್ತು ಊರಿನ ಗ್ರಾಮಸ್ಥರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಊರಿನಲ್ಲಿ 4 ಕೈಪಂಪ್‌ಗಳು, ಮೂರು ಮಿನಿ ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಕೊಳಾಯಿಗಳಿದ್ದು ಸುಮಾರು 50 ನಲ್ಲಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೆ ಊರಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಿದ್ದು ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವನ್ನು, ಮೂರು ಖಾಸಗಿ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳನ್ನು ಎರಡು ಔಷಧ ಅಂಗಡಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಆರ್.ಎಂ.ಪಿ.(ರೂರಲ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್) ವೈದ್ಯರು ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಇವರು ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿ ಬಯಸಿದಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಊರಿನವರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. 3 ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಒಂದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಗ್ರಂಥಾಲಯ(ವಾಚನಾಲಯ)ವಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ದಿನಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಬರುತ್ತಿವೆ. ಇದನ್ನು ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯ್ತಿ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಒಂದು ಬಸ್ ನಿಲ್ದಾಣವನ್ನು, ರೈಲು ನಿಲ್ದಾಣವನ್ನೂ ಕೂಡ ಈ ಊರು ಹೊಂದಿದೆ. ಒಂದು ಪೋಲಿಸ್ ಠಾಣೆ, ಒಂದು ದೂರವಾಣಿ ವಿನಿಮಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. 33 ಬೀದಿ ದೀಪ ಕಂಬಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಕ್ಕಳ ಆಟದ ಮೈದಾನ ಇರುತ್ತದೆ. ಊರಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಸೋಮವಾರ ಸಂತೆ (ಮಾರುಕಟ್ಟೆ) ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂತೆಗೆ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಗ್ರಾಮದವರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದ ದವಸ ಧಾನ್ಯ ಹಾಗೂ ತರಕಾರಿ, ಸೊಪ್ಪುಗಳ ವ್ಯಾಪಾರವಲ್ಲದೆ ಕೃಷಿ ಸಲಕರಣೆಗಳು ದಿನನಿತ್ಯದ ಬಳಕೆಯ ಮಡಿಕೆ-ಕುಡಿಕೆ, ಪಾತ್ರೆ, ಚಪ್ಪಲಿ, ಬೀಗ ಮುಂತಾದ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಪ್ರದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಮಾರಾಟ ಇರುತ್ತದೆ. ಈ ಊರಿನಲ್ಲಿ 19 ಸ್ತ್ರೀಶಕ್ತಿ ಗುಂಪುಗಳಿವೆ. ಪ್ರತಿ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ 20 ಜನ ಸದಸ್ಯರಿದ್ದಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ ಎರಡು ಯುವಕ ಮಂಡಳಿ ಸಂಘಗಳಿವೆ. ಇವರು ಊರಿನ ಸ್ವಚ್ಚತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾಮಗಾರಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಆಸಕ್ತಿ ವಹಿಸುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ (ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ).

ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಪರಿಚಯ

ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯಿಂದ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯಿತಿಯು 40ಕಿ.ಮೀ. ದೂರದಲ್ಲಿದೆ. ಅದು ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರ ಬಳ್ಳಾರಿಯಿಂದ 120ಕಿ.ಮೀ.ದೂರದಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯಿತಿಗೆ ಏಳು ಗ್ರಾಮಗಳು ಸೇರಿವೆ. ಅವುಗಳು, 1. ಆಲೂರು 2. ಕಾನಮಡಗು 3. ಮಾಲೂರು 4. ಕೆಂಚಮಲ್ಲನಹಳ್ಳಿ 5. ಯಂಬಳಿ 6. ಯಂಬಳಿ ವಡ್ಡರಹಟ್ಟಿ 7. ಗೊಲ್ಲರಹಟ್ಟಿ ಗಳಾಗಿವೆ. 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ 1383. ಇದರ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 8139. ಈ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯಿತಿಯ ಒಟ್ಟು ಭೌಗೋಳಿಕ ಪ್ರದೇಶದ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ 3577.1 ಹೆಕ್ಟೇರುಗಳು. ಹೊಸಳ್ಳಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವ ಈ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ 4444ಗಳಾಗಿವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ 2285ಪುರುಷರು, 2159 ಮಹಿಳೆಯರು ಇದ್ದಾರೆ. ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರು 1292 ಜನರಿದ್ದಾರೆ(ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ– ಆಲೂರು).

469 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ 2 ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಶಾಲೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಒಂದು ಪ್ರೌಢಶಾಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ಪ್ರದೇಶವು ಒಣಭೂಮಿ ಬೇಸಾಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಊರಿನಲ್ಲಿ 4 ಕೈಪಂಪ್‌ಗಳು, ಒಂದು ಕಿರುನೀರು ಸರಬರಾಜು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ 13 ನಳಗಳನ್ನು ಮತ್ತು 56ಮನೆಗಳಿಗೆ ನಳದ ನೀರು ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಊರಿನಿಂದ 10ಕಿ.ಮೀ ದೂರದಲ್ಲಿ(ಹೊಸಳ್ಳಿ) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಿದೆ. ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಗ್ರಾಮವು ಒಂದು ಖಾಸಗಿ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಖಾಸಗೀ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಆರ್.ಎಂ.ಪಿ. ವೈದ್ಯರು ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ದಿನದ 24ಗಂಟೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿ ಬಯಸಿದಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಊರಿನವರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. 4 ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. 14 ಬೀದಿದೀಪ ಕಂಬಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಒಂದು ರಂಗಮಂದಿರದ ಮಂಟಪವಿದೆ (ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಪುಸ್ತಕದ ದಾಖಲೆಯಿಂದ).

ಅಂತಿಮ ಅವಲೋಕನ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಂದು ಸೂಕ್ಷ್ಮನೋಟವನ್ನು ನೀಡುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ ಈ ಪ್ರದೇಶ ಕನ್ನಡ ನಾಡಿನ ಧೀಮಂತ ಮನೆತನಗಳ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಾಗ ಶ್ರೀಮಂತಿಕೆಯಿಂದ ಕೂಡಿತ್ತು ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆನಂತರದಲ್ಲಿ ಬಂದ

ರಾಜಮನೆತನಗಳು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರವೂ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಶೈಕ್ಷಣಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಬಹಳ ಹಿಂದುಳಿದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇದರಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಾಧನೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕಾಗಿದೆ. ವಿಜಯನಗರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಮತ್ತಾವುದೇ ಉತ್ತಮ ಮತ್ತು ಸುಸಜ್ಜಿತವಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ವಲಯಗಳೆರಡೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಗೆ ಬರಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ವಲಯವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ತಾಲ್ಲೂಕು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಟರೇಲಿಯಾ, ಮಲೇರಿಯಾ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಫೈಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಕುರುಡು ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ತಡೆ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ, ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಪೌಷ್ಠಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಸೇರಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ವಿಜಯನಗರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಇಡೀ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ : ನಾಲ್ಕು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಭಾಗ–1

4.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

4.2 ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಸೂಚಿಗಳು(ಇಂಡಿಕೇಟರ್ಸ್)

4.3 ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ

ಭಾಗ–2

4.4 ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

4.4.1 ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

4.4.2 ವಿದೇಶಿ ನೆರವಿನಿಂದ ರೂಪಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

4.4.3 ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ(ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ)

4.4.4 ರಾಜ್ಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ : ನಾಲ್ಕು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

4.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜನರ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಜನರ ನಂಬಿಕೆಗಳು, ಅದಕ್ಕೆ ಅವರು ನೀಡುವ ಮೌಲ್ಯ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯಂತಹ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಲೋಕನದಿಂದ ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಬೇಕಾದ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಚಿತ್ರಣದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ, ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ನಿಯಮವೇ ನೀತಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ (ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಎಚ್.ಓ–1984). ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಾಗಿದೆ. ಈ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯ ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇಲೆ ಅಗತ್ಯ ನಿರ್ದೇಶನಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿದೆ (ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಎಚ್.ಓ–1981). ಇಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬದಲಾದ ಕಾಲಮಾನಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಅರ್ಥೈಸುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ರಾಜಕೀಯ ಹಾಗೂ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ತಂತ್ರಗಾರಿಕೆಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ದೇಶವು ತನ್ನ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಉನ್ನತಿಗಾಗಿ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ರಾಜಕೀಯ ಇಚ್ಛಾಶಕ್ತಿ, ಹಣಕಾಸು ವಿನಿಯೋಗ, ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆ, ಸಮುದಾಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಹಾಗೂ ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ವಿಚಾರಗಳು ಪ್ರಮುಖ ನಿರ್ಣಯ ಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ 1978ರಂದು ಆಲ್ಮ–ಅಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ನಿರ್ಣಯ ಒಂದು ಹೆಗ್ಗುರುತಾಗಿದೆ. ಇದು '2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಣಯವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡು ಬರಲಾಗಿದೆ (ಕೆ.ಪರ್ಕ್–2007). ಜೊತೆಗೆ ಇಂದು ಮಿಲೇನಿಯಂ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಗೋಲ್(2015ರ ವೇಳೆಗೆ ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿಯ ತೀವ್ರತರ ಹಸಿವು ಮತ್ತು ಬಡತನ ನಿರ್ಮೂಲನೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಿಕೆ, ಲಿಂಗಾನುಪಾತದಲ್ಲಿ ಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಶಕ್ತೀಕರಣ, ಶಿಶುಮರಣ ಇಳಿಕೆ, ಹೆರಿಗೆ

ಸಮಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಎಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಟ, ಮಲೇರಿಯಾ ಮತ್ತಿತರ ರೋಗಗಳ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ವಿಶ್ವ ಬ್ರಾತೃತ್ವವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವುದರತ್ತ ಸಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸೇರಿಸಿ ಎಂಟು ಉಪ ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನಾಗಿ ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಮತ್ತು ಎರಡು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು, ನೀತಿಯ ಸೂಚಕಗಳು ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎರಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಹಾಗೂ ವಿದೇಶಿ ನೆರವಿನಿಂದ ರೂಪಿತವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾಗಿ ವಿಭಾಗಿಸಿಕೊಂಡು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

4.2 ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಸೂಚಿಗಳು(ಇಂಡಿಕೇಟರ್ಸ್)

ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಅದು 'ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯ ಹಣಕಾಸು ನೀಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಹಣದ ಬಿಡುಗಡೆ' ಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೂಚಿಗಳೆಂದರೆ 1. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುವುದು(ಶೇ.5ರಷ್ಟು). 2. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇತರೆ ಅಗತ್ಯಗಳಾದ ಶುದ್ಧ ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮತ್ತು ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ವಸತಿ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹಣವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುವುದು. 3. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮೂಲಭೂತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಾಗಿದೆ(ಕೆ.ಪರ್ಕ್–2007).

4.3 ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾರತಕ್ಕೆ ನಿಗದಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಎರಡನೆಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹೆಚ್ಚಾದವು. ಇದನ್ನು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಭಾರತಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಧೋರಣೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ 1943ರಲ್ಲಿ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಸರಕಾರವು ಸರ್ ಜೋಸೆಫ್ ಬೋರ್ ಅವರ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳ ನೀಲನಕ್ಷೆಯೊಂದನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ಕೊಡುವಂತೆ ಕೋರಲಾಯಿತು. ಅದರಂತೆ ಅಂದಿನ ಲಭ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಇದ್ದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸನ್ನಿವೇಶದ ಅತೀ ಸಮರ್ಥವಾದ ಒಳನೋಟಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾತ್ಮಕ ನಿರ್ಧಾರಗಳುಳ್ಳ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಸಮಿತಿಯು ತನ್ನ ವರದಿಯನ್ನು 1946ರಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿತು. ಈ

ಸಮಿತಿ ನೀಡಿದ ನಿರ್ದೇಶನ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸಲು ಕ್ರಮವಹಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಯು ಎರಡು ಬಗೆಯ ಶಿಫಾರಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದೆ. ಮೊದಲನೆಯದು, ಸುಮಾರು 20ರಿಂದ 40ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀಲನಕ್ಷೆ. ಎರಡನೆಯದು, ತಲಾ ಐದು ವರ್ಷಗಳ ಎರಡು ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಲ್ಪಾವಧಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಾಗಿದ್ದವು(ಡಿ.ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ–2001). ಇದಾದ ನಂತರ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನೀತಿ ನಿರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿಯ ದೋಷಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸಲಹೆ, ಸೂಚನೆ ಮತ್ತು ಶಿಫಾರಸಿಗಾಗಿ ಕೆಲವು ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿ, ಅದರ ವರದಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರ ನೆಹರು ಅವರ ಸರಕಾರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿ 1946ರಂದು ನೀಡಿದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯಂತೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದ ಮೇಲೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿತು. ಈ ನೀತಿ 'ಕೆಳಸ್ಥರದಲ್ಲಿರುವ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವವರೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಮಗ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅದು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು'. 'ದುಡ್ಡಿಲ್ಲದವರು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಯಾರೊಬ್ಬರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬಾರದು' ಎಂಬುದೇ ಇಡಿನೀತಿಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

1946ರ ಸರ್ ಜೋಸೆಫ್ ಬೋರ್ ಸಮಿತಿಯ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ 2ನೆಯ ಅಕ್ಟೋಬರ್ 1952ರಂದು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೇ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿತ್ತು. ಆ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಘಟಕದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂಬ ನೀತಿ ರೂಪಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪ್ರಧಾನ ಘಟಕಗಳಾಗಿ ರೂಪಿಸಿ, ಅವುಗಳ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ನೀತಿಯನ್ನು ಯೋಜಿಸಲಾಯಿತು. ಆ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯೆಂದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯಾಗಿತ್ತು. ಅಂದು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮೂರು

ಉಪಕೇಂದ್ರ ಗಳಿದ್ದವು. ಉಪಕೇಂದ್ರವನ್ನು ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಸೂಲಗಿತ್ತಿ ಅಥವಾ ದಾದಿಯರು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಇಂದು ಪ್ರತಿ ಪಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸರಾಸರಿ 6 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಕಿರಿಯ ಆರೊಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರವು ಭಾರತ ಸರಕಾರದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಮೂರು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ(ಆರ್ಥಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆ 2000–01). ಸರಕಾರದ ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ ಈಗ ಮೈದಾನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 30,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 20,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವಾಗ ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಮೈದಾನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 5,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 3,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಸ್ಥಾಪಿಸು ವುದು. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಪ್ರತಿ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರತಿ ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತ ಸಂಸ್ಥೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ದೆ./ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಘಟಕಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಂದರೆ ರೋಗ ನಿವಾರಕ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಗಿದೆ. 5,000 ಜನರಿಗೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರನ್ನು, 6,000ಜನಕ್ಕೊಬ್ಬರು ದಾದಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಶಕಿಯನ್ನು ನೇಮಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ (ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್–2006). ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾಪಾಡಲು ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಅರಿವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಸಂಚಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವಿಶೇಷ ಪರಿಣತಿ ಪಡೆದ ದೊಡ್ಡ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂಬ ಕಾನೂನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇದೇ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ನೇತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶಿಬಿರಗಳು, ಕುಟುಂಬಯೋಜನಾ ಶಿಬಿರಗಳು, ಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಳ್ಳಿಯ ಜನರಿಗೆ ಅಳವಡಿಸಲು ಕ್ರಮವಹಿಸಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿದೆ. ಅನಾವಶ್ಯಕ ಜನನವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಕ್ರಮವಹಿಸಬೇಕೆಂದಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಜನನವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಯೋಜಿತ ಕುಟುಂಬ ತತ್ವವನ್ನು

ಪ್ರಸಾರಗೊಳಿಸುತ್ತಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೂ ಗಮನ ಹರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಓರಲ್ ಪೋಲಿಯೋ ಮತ್ತು ಟ್ರಿಪಲ್ ಆಂಟಿಜನ್ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟು ರೋಗನಿವಾರಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಧ್ಯಾಹ್ನದ ಉಪಹಾರ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶ ಆಹಾರವನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸ್ತ್ರೀಯರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ನಿಧಾನವಾಗಿ ವಿವಾಹವಾಗುವುದು, ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವುದನ್ನು ಮನದಟ್ಟು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕಾಗಿ ಬಾಣಂತಿ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪಲ್ಸ್ ಪೊಲಿಯೋ ಮತ್ತು ಪಲ್ಸ್ ಐಯೂಡಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ರೂಢಿಗೆ ಬಂದಿವೆ.

ಇದಲ್ಲದೆ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮತ್ತು ನಾಗರೀಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೂ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯ, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಕೊಳವೆ ಬಾವಿಗಳು, ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಶೌಚಾಲಯಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ವಾತಾವರಣ ಶುಚೀಕರಣ, ಕ್ರಿಮಿನಾಶಕಗಳ ಸಿಂಪಡಣೆ, ರೋಗ ನಿವಾರಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, ಬೀದಿ ದೀಪಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಕಾಲರಾ, ಪ್ಲೇಗು, ಮಲೇರಿಯಾ, ಕ್ಷಯಾ, ಸಿಡಬು ರೋಗವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸಿ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ನಿವಾರಣೆಗೆ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿವಾರಣಾ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಶುಶ್ರೂಷೆ ನೀಡುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರದ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಒಟ್ಟಾರೆ ಉದ್ದೇಶ

1. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ ನೀಡುವುದು.
2. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣಗೊಳಿಸಲು ಮತ್ತು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.
3. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಲು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಶಿಕ್ಷಣ ಒದಗಿಸುವುದು.
4. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಕಲಬೆರಕೆಯಾಗದಂತೆ ಸೂಕ್ತ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು.
5. ತಾಯ್ತನ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ, ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಲಸಿಕೆ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದಾಗುವ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಮತ್ತು ಅಂಧತ್ವವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಡುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ವಿಸ್ತೃತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದಾಗಿದೆ.

ಈ ರೀತಿಯ ಬಹಳಷ್ಟು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರಕಾರ ರೂಪಿಸಿದ್ದರು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ

ದೊರೆಯುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಮಟ್ಟದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದರ ಅರ್ಥ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಕಾರ್ಯ ನಡೆದಿಲ್ಲವೆಂದೇನೂ ಅಲ್ಲ. ಸರಕಾರದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಸಾಧಿಸಿದ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಸಾಧನೆಯ ವಿವರವಾದ ವರದಿಯನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತಾ ಬರಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

'ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆಯಲು ಬಳಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳಾದ ಶಿಶು ಮರಣದ ದರ, ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ಜನನ ಕಾಲದ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಆಯುಷ್ಯ ಪ್ರಮಾಣಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು 1983ರಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರಕಾರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪಿಸಿ, ಕ್ರಿ.ಶ.2000ಕ್ಕೆ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಗುರಿಯನ್ನು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಸೂಚಿಸಿತ್ತು. ಅದು ಶಿಶು ಮರಣ ದರವು 60ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಮಾಡಬೇಕು ಎಂಬುದಾಗಿತ್ತು. ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ, ಅದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಹಣವಿನಿಯೋಗ ಮಾಡಿದ ಫಲವಾಗಿ ನಿಗದಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ(ಈಗ ಶೇ.57ರಷ್ಟಿದೆ). ಪ್ರಸವ ಸಂದರ್ಭದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ 30ಕ್ಕೆ ಇಳಿಯಬೇಕು. 5ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣಪ್ರಮಾಣ 10ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಿರಬೇಕು. ಪ್ರಸೂತಿ ಮರಣವು ಶೇಕಡಾ 2ಕ್ಕೆ ಇಳಿಯಬೇಕು. 2500ಗ್ರಾಂಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ತೂಕ ಹೊಂದಿ ಹುಟ್ಟುವ ಮಕ್ಕಳು ಶೇಕಡಾ.10ಕ್ಕಿಳಿಸಬೇಕು. ಕಚ್ಚಾ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ(ಕ್ರೂಡ್ ಬರ್ತ್ ರೇಟ್) ಶೇ.21ಕ್ಕಿಳಿಸಬೇಕು(ಈಗ ಶೇ.22.4ರಷ್ಟಿದೆ). ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಶೇ.100ರಷ್ಟಾಗಬೇಕು (ಈಗ ಶೇ.31.5ರಷ್ಟಿದೆ), ಹೆರಿಗೆಯು ಶೇಕಡಾ.100ರಷ್ಟು ನುರಿತ ದಾದಿಯರಿಂದಾಗಬೇಕು, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಶೇ.100ರಷ್ಟಾಗಬೇಕೆಂಬ'(ಬನ್ಸಾರಿದಾಸ್–1995) ಗುರಿಯನ್ನು ಇರಿಸಿಕೊಂಡಿತ್ತು. ಆದರೆ ಈ ಗುರಿಯನ್ನು 2000 ಇಸವಿ ಮುಗಿದು 2010ನೇ ಇಸವಿ ಬಂದರೂ ಪೂರ್ಣಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಲಾಗದಿರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ. 2000ದ ವೇಳೇಗೆ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದ ಗುರಿ ಮತ್ತು 2007–08ರ ವೇಳೆಗೆ ಭಾರತ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಧನೆಯಾಗಿರುವ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 4.1ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:4.1

2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದ ಗುರಿ ಮತ್ತು 2007-08ರ ವೇಳೆಗೆ ಭಾರತ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಧನೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರ ಸಂ	ವಿವರ	2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಸಾಧಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದದ್ದು	2007-08ರ ವೇಳೆಗೆ ಸಾಧಿಸಿರುವ ವಿವರ		
			ಭಾರತ	ಕರ್ನಾಟಕ	ಬಳ್ಳಾರಿ
01.	ಶಿಶು ಮರಣ ದರ	<60	60	52	31.5
02	ಪ್ರಸವ ಸಂದರ್ಭದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	30	407	195	-
03	5ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣಪ್ರಮಾಣ	<10	55 (ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್-2007)	47 (ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್-2007)	-
04	ಕಚ್ಚಾ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ	21	23.1 (ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್-2007)	19.9 (ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್-2007)	-
07	ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ	ಶೇ.100	-	37.7	53.9
08	ಹೆರಿಗೆಯು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ನುರಿತ ದಾದಿಯರಿಂದಾಗಬೇಕು	ಶೇ.100	47	65.1	42.9
09	ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಶೇ.100	ಶೇ.100	69.6	76.7	82.3

ಮೂಲ: ಡಿ.ಎಲ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3, 2007-08; ಕರ್ನಾಟಕ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟೇಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್-2009-10; ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳು-2009-10

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ಸಾಧನೆಗೆ ಕರ್ನಾಟಕವನ್ನು ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಕರ್ನಾಟಕ ಎಲ್ಲಾ ಸೂಚಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರಗತಿ ಕಂಡಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಿಗೆ ಬಳ್ಳಾರಿಯನ್ನು ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯೂ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ

ಕಾಲದಿಂದ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 2004ರಂದು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಟಾನ ಗೊಳಿಸಿದೆ. ಅವು 1. ಸಮಗ್ರ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದು 2. ಮೆಚ್ಚತಕ್ಕ ರೀತಿಯ ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರಗತಿಯ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಸಲಹಾ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದು 3. ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಸಮಾನತೆ ಸಾಧಿಸುವುದು 4. ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ

ಖಾಸಗೀ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸುವುದು 5. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು 6. ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು 7. ಕೈಗೆಟಕುವ ಬೆಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಔಷಧಿ ದೊರೆಯುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು 8. ಪರ್ಯಾಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಜನರಿಗೆ ಒದಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಆಗಿದೆ (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005).

ರಾಜ್ಯವು ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಯೋಜನಾ ಅಯೋಗವು ರೂಪಿಸಿದ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಚೌಕಟ್ಟು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕೇಂದ್ರ ಪರಿಷತ್ತಿನ ನಿರ್ಣಯಗಳು, ಕೇಂದ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಶಾಸನ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ರೂಪಿಸಿದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಯನೀತಿ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ (ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ–2004). ಆ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿದ್ದು (1983) ಅವುಗಳನ್ನು 2002ರಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಶಿಕ್ಷಣ (1989), ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ನೀತಿ (1993), ಔಷಧ ನೀತಿ (1986 ಮತ್ತು 1994), ಔಷಧ ತಯಾರಿಕಾ ನೀತಿ 2002, ಭಾರತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಷತ್ತಿನ(ಎಂ.ಸಿ.ಐ) ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರಗಳು (1988, 1999 ಮತ್ತು 2000), ರಕ್ತನಿಧಿ ಸೂತ್ರಗಳು(1997), ವಯಸ್ಕರು(1998) ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ(2000). ಇವುಗಳೆಲ್ಲವು ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂವಿಧಾನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ರಾಜ್ಯದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಅಗತ್ಯತೆಗಳು ಭೌಗೋಳಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಪ್ರದೇಶವಾರು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾವಾರು ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಆಯವ್ಯಯದಿಂದ ಭರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ನೀತಿಯ ಫಲದಿಂದಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗಳು

1947ರ ನಂತರ ಬಂದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಫಲವಾಗಿ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಸುಧಾರಣೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು 1951 ಮತ್ತು 2001ರ ನಡುವೆ ಪುರುಷರ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಆಯುರ್‌ನಿರೀಕ್ಷೆ ಕ್ರಮವಾಗಿ 37.15 ವರ್ಷಗಳಿಂದ 61.7 ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು 36.15 ವರ್ಷಗಳಿಂದ 65.4 ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಐ.ಎಂ.ಆರ್) 1951ರಲ್ಲಿ 1000

ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ 148ರಷ್ಟು ಇದ್ದದ್ದು 1981ರಲ್ಲಿ 69ಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ ಮತ್ತು 2000ದಲ್ಲಿ 57ಕ್ಕೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಇಳಿದಿದೆ(ಎಸ್.ಆರ್.ಎಸ್–2000). ಈ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾದ ಮತ್ತು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಸೂಚಕದಲ್ಲಿ, 1983ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ್ದ 60ರ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಹಜ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವು 1951ರಲ್ಲಿದ್ದ 40.8/1000 ದಿಂದ 2000ದಲ್ಲಿ 22.0ಗೆ ಇಳಿದಿದೆ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಫಲವಂತಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣವು 1951ರಲ್ಲಿದ್ದ 6.0 ಮಕ್ಕಳಿಂದ 1988–89ರಲ್ಲಿ 2.13 ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಸಿಡುಬನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯ ಪ್ಲೇಗಿನಿಂದ ಇತ್ತೀಚಿನ ಗಿನಿಹುಳು ಸೋಂಕಿನವರೆಗೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಪೋಲಿಯೋ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಡಿಸೆಂಬರ್ 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಸಹಜ ಜನನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ 1951ರಲ್ಲಿದ್ದ 25.1ರಿಂದ 2000ದಲ್ಲಿ 7.8 ಅಂದರೆ 2/3 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸುಧಾರಣೆಯಾಗಿದೆ(ಕ.ರಾ.ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ–2004). ಸುಧಾರಣೆಯ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ವಿವರವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 4.2ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:4.2

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ದಶಕವಾರು ಬೆಳವಣಿಗೆ ವಿವರ

ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕ	1951	1971	1981	1991	2001
ಪುರುಷರ ಆಯುರ್‌ನಿರೀಕ್ಷೆ(ವರ್ಷಗಳು)	37.15	50.9	55.4	58.1	61.7
ಮಹಿಳೆಯರ ಆಯುರ್‌ನಿರೀಕ್ಷೆ(ವರ್ಷಗಳು)	36.15	50.2	55.7	58.6	65.4
ಸಹಜ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ(ಪ್ರತಿ 1000ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ)	40.8	37.1	28.3	26.9	22.0
ಸಹಜ ಜನನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಾಗುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಪ್ರತಿ 1000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ)	25.1	17.0	9.1	9.0	7.8
ಐಎಂಆರ್ (ಪ್ರತಿ 1000 ಎಲ್‌ಬಿಎಸ್)	148	120	110	80	57
ಮಲೇರಿಯಾ (ಎಪಿಐ)	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	1.35	4.79	1.16	3.93
ಕುಷ್ಠರೋಗ (ಪ್ರಕರಣಗಳು/1000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ)	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	31	16	2.45

ಆಧಾರ: 1.ಕರ್ನಾಟಕ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ–2004

2.ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಫಲವಾಗಿ ಪ್ರತಿ ದಶಕವಾರು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ದಶಕದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಮಲೇರಿಯಾವನ್ನು ತಡೆಯುವಲ್ಲಿ

ವಿಫಲವಾದಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದು 70ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು (1.35) 2001ರ ವೇಳೆಗೆ (3.93)ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಇದು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಜತೆಗೆ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ವಾಸದ ಮನೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ. ಇದೇ ರಿತಿ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳು ಆ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ನೀಡಿಕೆ ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾದ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ನರ್ಸ್ ಇತ್ಯಾದಿ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕಾಲದಿಂದ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಆದ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 4.3ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–4.3

1970ರ ನಂತರ ದಶಕವಾರು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆದ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸುಧಾರಣೆ ವಿವರ

ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	1970–71	1980–81	1990–91	2000–01	2005–06
ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	3334	7793	8143	8143
ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	265	300	1198	1676	1681
ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	917	1215	626	583	583
ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	114	137	176	176	177
ಹಾಸಿಗೆಗಳು	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	24597	31432	43112	43112
ವೈದ್ಯರು	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	4370	5202	–
ಸ್ಟಾಫ್ ನರ್ಸ್	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	4607	5317	–

ಆಧಾರ: ಕರ್ನಾಟಕ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ–2004
ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ–2005; ಕರ್ನಾಟಕ ಅಟ್ ಎ ಗ್ಲ್ಯಾನ್ಸ್–2006–07

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ 70–80ರ ದಶಕಗಳ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಸುಧಾರಣೆಯಾಗಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಇಳಿಕೆಗೆ ಕಾರಣ ಅನೇಕ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನಾಗಿ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೇರಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ.

ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಸಮಾನತೆ ಕಂಡುಬರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಭೌಗೋಳಿಕ ರೂಪದಲ್ಲಿ, ಜಾತಿ ರೂಪದಲ್ಲಿ, ಲಿಂಗ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ

ಸಮಾನತೆ ಸಾಧಿಸಲು ಅಗತ್ಯಕ್ರಮ ಅವಷ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಈಕ್ವಿಟಿ(ಸಮಾನತೆ) ಸಾಧಿಸಲು ಕ್ರಮವಹಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಈಕ್ವಿಟಿ(ಸಮಾನತೆ):

ಈಕ್ವಿಟಿ(ಸಮಾನತೆ)ಯು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಇದು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ನಾಲ್ಕು ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. 1. ಪ್ರದೇಶ. 2. ಅನುಕೂಲ ವಂಚಿತ ಸಮೂಹಗಳಾದ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳ ಆರೋಗ್ಯ. 3. ಲಿಂಗ. 4. ದುರ್ಬಲ ಸಮೂಹ ಅಂದರೆ-ಬೀದಿ ಮಕ್ಕಳು, ವೃದ್ಧರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

1. ಪ್ರದೇಶ:

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ವಿತರಣೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದು ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ನಿವಾರಣ ವರದಿಯಿಂದ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಎ)ವೈದ್ಯರು: ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷೆ (ಬಿ) ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಸಿಗೆಗಳು: ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಪ್ರಮಾಣ (ಸಿ)ಪ್ರತಿದಿನ ಪ್ರತಿ ಯೊಬ್ಬರಿಗೆ 40 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಲೀಟರುಗಳ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯ (ಎಲ್‌ಪಿಸಿಡಿ)ಇವುಗಳ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಿತವಾದ ಸಂಯುಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಸೌಲಭ್ಯದ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಉನ್ನತಾಧಿಕಾರ ಸಮಿತಿ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ತುಲನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾದ 56 ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಪೈಕಿ ಕೇವಲ 15(ಶೇ.27) ಮಾತ್ರ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿದ್ದು ಉಳಿದ 41(ಶೇ.73) ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿವೆ. ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ 39ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ 33ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು (ಶೇ.85) ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ನಿವಾರಣ ಸಮಿತಿ ವರದಿ-2002.

2. ಅನುಕೂಲವಂಚಿತ ಸಮೂಹಗಳು:

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳವರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದವರಾಗಿದ್ದು ಇವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಆರೊಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪಾಲನೆಯ ಜೊತೆಗೆ, ಸಂಪೂರ್ಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮತ್ತು ರೆಫರಲ್ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ, ರಿಯಾಯಿತಿ ದರಗಳಲ್ಲಿ ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತದ ಪಾಲನೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಭರವಸೆ ನೀಡುವುದು ಹಾಗೂ ದೇಶೀಯ ಜನರಿಗಾಗಿ, ಅವರ ಅಗತ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

3. ಲಿಂಗ:

ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಾಧಾರಣೆ, ಕುಸಿಯುತ್ತಿರುವ ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸುಧಾರಣ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟ ಇವುಗಳು ಕಳವಳಕಾರಿ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸುವ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಪಾಲನೆಗೆ ಅವಕಾಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಿ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ನಡೆಸುವುದರ ಜತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನೇಮಕಾತಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ವಸತಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ನೀಡಿ ಅನುಕೂಲಮಾಡಿಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು, ಪುರುಷ/ಮಹಿಳಾ (ಸ್ತ್ರೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಶಕರು ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕ ದಾದಿಯರು ಹಾಗೂ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರ) ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಕ್ರಮವಹಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಸೊಂಟನೋವು, ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಗರ್ಭಾಶಯ ಕೆಳಕ್ಕೆ ಜಾರುವುದು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಇವು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹರಡಿರುವಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ನಿವಾರಣೆಗೆ ಗಮನ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಭಾವೋದ್ವೇಗದ ಯಾತನೆ ಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಂದರೆಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಬಲಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸಿ ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕಿಶೋರಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವ ಬಾಲಕಿಯರು ಮತ್ತು ಬಾಲಕರ ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ತಂತ್ರಗಳ (ಪ್ರೀನಾಟಲ್ ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಟೆಕ್ನಿಕ್ಸ್) (ದುರ್ಬಳಕೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪಡೆ) ಅಧಿನಿಯಮದ ಜಾರಿಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಕುಸಿಯುತ್ತಿರುವ ಲಿಂಗ ಅನುಪಾತವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಉತ್ತೇಜಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದೆ.

4. ದುರ್ಬಲ ಸಮೂಹಗಳು:

ಬೀದಿ ಮಕ್ಕಳ, ಶಾಲೆ ಬಿಟ್ಟ ಹಾಗೂ ದುಡಿಯುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳ, ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿನ ಇತರ ದುರ್ಬಲ ಸಮೂಹಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನವೀನ ಮತ್ತು ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಮಾದರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ.

ವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ಏರಿಕೆ ಅಂದರೆ ಆಯುರ್ಮಾನ ಹೆಚ್ಚುವುದರೊಂದಿಗೆ, 60 ವರ್ಷ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಯಸ್ಸಿನ ಹಿರಿಯ ನಾಗರೀಕರ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ವಯಸ್ಸಾದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಮತ್ತು ಅವರನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಉತ್ಪಾದಕರನ್ನಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸಂತೃಪ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಲು ಮುಪ್ಪಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಔಷಧ ಮತ್ತು ಮುಪ್ಪು ಸಂಬಂಧಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯವು ಮುಪ್ಪಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಮುಪ್ಪಿನ ಸಮಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆಗೆ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ, ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ವಲಯದ ಪಾಲುದಾರಿಕೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮುದಾಯಿಕ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಕರ್ನಾಟಕವು ಅನೇಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದೆ. ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿ ವಿತರಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಸ್ವ–ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳ, ಸ್ತ್ರೀಶಕ್ತಿ ಗುಂಪುಗಳ ನೆರವನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ –ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಇದುವರೆಗೆ 80 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮತ್ತು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ 28ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂ–ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ನೀಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ವಯಂ–ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಸದರಿ ಕೇಂದ್ರಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ನೇಮಿಸಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ(ಕ.ಮಾ.ಅ.ವರದಿ–2005).

ಸ್ವಾಯತ್ತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು:

ಸ್ವಾಯತ್ತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪಾತ್ರ ಮಹತ್ವವಾದದ್ದು. ಅವುಗಳು ವೃತ್ತೀಯ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ವಿಶೇಷ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿವೆ. ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಇಂತಹ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಹಾಗೂ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ಸೂಕ್ತ 'ಬಳಕೆ ದರಗಳನ್ನು'(User Charges) ವಸೂಲಿಮಾಡಲು ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಮೂಲಗಳಿಂದ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಅವುಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ರೀತಿ ಮಾಡುವಾಗ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಾದವರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯುವಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಾಗದಂತೆ

ಕ್ರಮವಹಿಸಬೇಕಾದುದು ಅಗತ್ಯ ಆದರೆ ದುರ್ಬಲರಿಗೆ ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಾನಾ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಅವಕಾಶ ದೊರೆಯದಿರುವುದು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಣಕಾಸು ನೆರವು :

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಬಡವರ ಮೇಲೆ ಪದೇ ಪದೇ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವಂತಹ ಭಾರೀ ಪ್ರಮಾಣದ ಹಣ ಸಂದಾಯಗಳ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಹಣಕಾಸು ನೆರವು ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳು, ಪೂರ್ವಪಾವತಿ ಯೋಜನೆಗಳು, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಔಷಧಿಗಳ ಬಳಕೆಯೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಮಿತವ್ಯಯಕಾರಿ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳ ಆಯ್ಕೆ, ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಖರೀದಿ ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯ ಸ್ವತ್ತುಗಳು, ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಾರಿಗೆಯ ಉತ್ತಮ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಇವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಗುಣಮಟ್ಟಗಳೆರಡನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಿಯಮ ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿನ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆಗಳು ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಲಾಭ ತರುವಂತಿರಬೇಕೆಂದು ಮನಗಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಸರ್ಕಾರವು ಮಾಡುವಂಥ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಂಗೀಕಾರಾರ್ಹ ರೂಪದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಯವ್ಯಯ ಹಂಚಿಕೆಗಳ ಅತ್ಯಧಿಕ ಮಟ್ಟಗಳನ್ನು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ತಲುಪುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ (ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ 2002 ಸಲಹೆ ಮಾಡಿರುವ ಶೇಕಡ 55, ಶೇಕಡ 35 ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 10ರಷ್ಟು) ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ನಡುವೆ ಮಾಡುವ ಖರ್ಚು ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತವಾದ ಪಾಲಿನಂತಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಇಲಾಖೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ತಿಳಿಸಿವೆ. ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾಡುವ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು 2005ರ ವೇಳೆಗೆ ಒಟ್ಟು ಆಯವ್ಯಯದ ಶೇಕಡ 7ರಷ್ಟಕ್ಕೆ ಮತ್ತು 2010ರ ವೇಳೆಗೆ ಶೇಕಡ 10ರಷ್ಟಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕೆಂಬ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ 2002 ರಲ್ಲಿ ಮಾಡಿರುವ ಶಿಫಾರಸ್ಸನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅವಲೋಕಿಸಿ ಸಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ಹಾಗೂ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ರಾಜಿಮಾಡಿಕೊಳ್ಳದೆ ಹಂಚಿಕೆಯಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಆಯವ್ಯಯ, ಅಂದಾಜು ಪತ್ರದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗುವ ಹಾಗೆ ಮಾಡುವುದು. ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರದ

ಬಡವರ ಮೇಲೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಒತ್ತು ನೀಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಸಮುದಾಯ ಹಣಕಾಸು ನೆರವು ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಮೆಯಂಥ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಣಕಾಸು ನೆರವು ನೀಡುವಂಥ ನವೀನ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಲು ಸರಕಾರ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಿ, ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಹಣ ಸಂದಾಯ ಮಾಡುವಂತಹ ಸಮಾಜದ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಬಳಕೆದಾರರ ದರಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವಂಥ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ 'ರೋಗಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು' ರಚಿಸಲು ನಿಯಮ ರೂಪಿಸಿದೆ.

ಭಾಗ–2

4.4 ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು–

ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಪ್ರದೇಶ ಅಥವಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧಿಸಲು ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳು ಬೇಕು. ರೂಪಿತವಾದ ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳ ಪಾಲನೆ ಪ್ರತಿಯಬ್ಬರ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯವಾದರೆ ಆ ಪ್ರದೇಶ ಅಥವಾ ಆ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳು ಗಟ್ಟಿಗೊಂಡಷ್ಟು ಶಿಸ್ತುಪಾಲನೆಗೆ ದಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಮೂಲಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧಿಸಲು ನಿಗದಿತ ಯೋಜನೆಗಳು ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ನಿಗದಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದು. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ. ಅಧ್ಯಯನ ದೃಷ್ಟಿಯಂದ ಇವುಗಳನ್ನು ಮೂರುಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. 1. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು. 2. ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು. 3. ವಿದೇಶಿ ನೆರವಿನಿಂದ ರೂಪಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

4.4.1 ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು:

ಭಾರತ ಸ್ವಾತಂತ್ರವಾದ ನಂತರ ಜನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ಕೈಗೊಂಡಿತು. ಅವುಗಳೇ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡವು. ಇವುಗಳ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶ ಅಂಟುಜಾಡ್ಯಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಥವಾ ನಿರ್ಮೂಲನೆ, ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯ ನಿವಾರಣೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಪೂರೈಕೆ, ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾಡುವುದಾಗಿದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆಗಳು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ರಾಕಿಫೆಲ್ಲರ್, ಫೋರ್ಡ್ ಇತ್ಯಾದಿ ಅಮೇರಿದ ಫೌಂಡೇಶನ್‌ಗಳ ನೆರವಿನಿಂದ ಜರಗುತ್ತಿವೆ. ಅವುಗಳು ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಲೇರಿಯ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

'1950ರಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗ ದೇಶದ ಬೃಹತ್ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿತ್ತು. 1952–53ರಲ್ಲಿ

ಸುಮಾರು 200ದಶಲಕ್ಷ ಜನರು ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗ ಹರಡಿದ್ದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಇವರ ಪೈಕಿ 75ದಶಲಕ್ಷ ಜನರು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದ ನರಳಿ, ಕೊನೇಪಕ್ಷ 8ಲಕ್ಷ ಜನರು ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದುದಾಗಿ ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದೇಹ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಳೆದುಕೊಂಡು ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಕ್ಷಯ ಮತ್ತಿತರ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದವರು ಲಕ್ಷಗಳಲ್ಲಿದ್ದುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ'(ಎಸ್.ವಿ.ರಾಮದಾಸ್–1978).

ಇಂದಿಗೂ ಕೂಡ ದೇಶದ ಹಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಮಲೇರಿಯ ಹಾವಳಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಜನರಲ್ಲಿನ ಅಜ್ಞಾನ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಪರಿಸರ ಪ್ರಜ್ಞೆಯ ಅಭಾವ, ಆರ್ಥಿಕ ಮಗ್ಗಟ್ಟು, ಜನನಿಭಿಡತೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಕಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರಕದಿರುವುದರಿಂದ ಮಲೇರಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಣಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗ ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನವರನ್ನು ಪೀಡಿಸುತ್ತದೆಯಾದರೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತಗಲುವ ರೋಗವಾಗಿದೆ. ವರ್ಷದುದ್ದಕ್ಕೂ ಮಲೇರಿಯ ಕಾಣಿಸಬಹುದಾದರೂ, ಮಾನ್ಸೂನ್ ಪ್ರಾರಂಭದೊಂದಿಗೆ ಮಲೇರಿಯ ರೋಗ ಆರಂಭವಾಗಿ ಜೂನ್ ತಿಂಗಳಿಂದ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇದರ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ 1953ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದಾಗಿ 1956ರಲ್ಲಿ ಏಳುವರೆ ಕೋಟಿ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗಿಗಳಿದ್ದ ದುರ್ಬಲ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ 1961ರ ವೇಳೆಗೆ ಕೇವಲ 20ಸಾವಿರ ಜನರು ರೋಗಪೀಡಿತರಾದುದು ವರದಿಯಾಯಿತು. ನಂತರ ಮಲೇರಿಯಾ ಕೊಂಪೆಗಳಾಗಿದ್ದ ಅನೇಕ ಸ್ಥಳಗಳು ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದ ಮುಕ್ತವಾದವು. ಸೊಳ್ಳೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದ ಡಿಡಿಟಿ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಡಿಡಿಟಿ ನಿರೋಧಕವನ್ನು ತನ್ನಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡವು. ಇದರಿಂದ ಇಂದಿಗೂ ಮಲೇರಿಯಾ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಾದವು.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಿಡುಬು ರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಭಾರತ ದೇಶ ಸಿಡುಬಿನ ತೌರೂರೆಂದು ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಹೆಸರು ಪಡೆದಿದೆ. ಪ್ರಪಂಚದ ಸಿಡುಬು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ, ಶೇ.60–80ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಭಾರತದವರೇ ಆಗಿದ್ದರು. ಇದನ್ನರಿತ ಭಾರತ ಸರಕಾರ 1962ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಿಡುಬು ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಆರಂಭಿಸಿತು. ಇದರ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ದೇವಿ ಹಾಕಿ, ರೋಗ ಒಬ್ಬರಿಂದೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಯುವುದು. 1973ರಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರಿಂದ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಇಂದು ಸಿಡು ನಿರ್ಮೂಲನೆಯಾಗಿದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಕ್ರೀಯ ನೆರವಿನಿಂದ ಈ ಕಾರ್ಯ ಸಾಧನೆಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಡೆ ಸಿಡುಬು 1975ರ ಮೇ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದು, ಜುಲೈ

5, 1975ರಂದು ಭಾರತ ದೇಶ ಸಿಡುಬು ರೋಗರಹಿತವೆಂದು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಘೋಷಿತವಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾಲರ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:

ಐದನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ, ಕಾಲರಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ 25 ದಶಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಒದಗಿಸಿತು. ಶುದ್ಧವಾದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸರಬರಾಜು, ಆರೋಗ್ಯ ನಿಯಮಗಳಂತೆ ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಕಸದ ವಿಲೇವಾರಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅಂಗವಾಗಿ ಕಾಲರಾ ನಿಲೆವೀಡು ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಗಮನ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ನಾಲ್ಕನೇ ಪಂಚವಾಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಲರಾ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅಂಗವಾಗಿ ತಜ್ಞರ ಹಾಗೂ ಕೆಲಸಗಾರರ ತರಬೇತಿ ಗೊಳಿಸುವಿಕೆ, ಚಲಿಸುವ ಕಾಲರಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಘಟಕಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ, ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿಯವರ ಹಾಗೂ ಕಾಲರಾ ಕೆಲಸಗಾರರ ನೇಮಕ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಮಾನ್ಯತೆ ದೊರೆಯಿತು. ಇದರಿಂದ ಇಂದು ಕಾಲರಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ತರಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:

ಪ್ರತಿವರ್ಷವೂ ಮಾರ್ಚ್ ತಿಂಗಳ 26ನೆಯ ದಿನಾಂಕದಂದು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ವಿಶ್ವ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿವಾರಣಾ ದಿನಾಚರಣೆಯನ್ನು ಆಚರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಇಡೀ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಮಾನವನನ್ನು ಪೀಡಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿರುವ ಪ್ರಾಚೀನ ರೋಗವಾದ ಇದನ್ನು ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ ಪಿತಾಮಹ ಹಿಪೋಕ್ರಿಟಿಸ್(ಕ್ರಿ.ಪೂ.460) ಒಣಗಿದ ರೋಗ ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟಿದ್ದಾನೆ. ಅಂದಿನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಇದು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ರೋಗಗಳ ನಾಯಕ ಎಂಬುದಾಗಿ ಖ್ಯಾತವಾಗಿತ್ತು. ಅದು ಯೂರೋಪಿನಲ್ಲಿ 18ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಹಾವಳಿಯ ವಿರಾಟ್ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ತೋರಿಸಿತ್ತು. ಅಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಬಿಳಿಯರ ಪ್ಲೇಗ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಟ್ಟಿತ್ತು.

1882ರಲ್ಲಿ ರಾಬರ್ಟ್ ಕೋಚ್ ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿದನು. ಇದಕ್ಕೆ ಬಿಸಿಜಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಪ್ರಥಮ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಫ್ರೆಂಚ್ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳಾದ ಕಾಲ್ಮೆಟ್ ಹಾಗೂ ಹುರಿನ್ ಎಂಬುವರು ಲಸಿಕೆ ತಯಾರಿಸಿದರು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ 1962ರಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಯಿತು. ಈ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಖರ್ಚನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವೇ ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿತ್ತು. ಆದರೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಹೊಣೆ ಮಾತ್ರ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳದ್ದಾಗಿತ್ತು. ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಇರುವ ರೋಗಿಗಳ

ಉಗುಳು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿ, ಅವರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಆರೋಗ್ಯವಂತರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ 20ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಒಳಗಿನವರಿಗೆ, ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿ ರಕ್ಷಣೆ ಕೊಡುವುದು. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಕ್ಷಯರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಮತ್ತು ಕ್ಷಯರೋಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ವಿಲೀನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾಗಿ ಮಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಜಾರಿಯನ್ನು 1992ರಲ್ಲಿ ಪುನರಾವಲೋಕಿಸಲಾಯಿತು. ನಂತರ 1997ರಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸಲಾಯಿತು. ಇದರಿಂದ ಕ್ಷಯ ಕ್ರಿಮಿಗಳುಳ್ಳ ಹೊಸ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಟ ಶೇ.85ರಷ್ಟು ಗುಣವಾಗುವವರೆಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಇಷ್ಟಾದರೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ.

ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:

ಕುಷ್ಠರೋಗ ಪ್ರಪಂಚದ ಅನೇಕ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ಇಂದಿಗೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿರುವ ಅತೀ ಪುರಾತನ ಕಾಯಿಲೆ ಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ಆಯೋಗದ ಪ್ರಕಾರ ಕುಷ್ಠರೋಗ ಅನುವಂಶಿಕವಲ್ಲ. ಅದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಸಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಇದನ್ನು ಅಂಟು ರೋಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಒಂದು ಸೂಕ್ಷ್ಮಾಣು ಕ್ರಿಮಿಯಿಂದ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆ ಹಾಗೂ ಇದು ನಿಧಾನಗತಿಯ ಸೋಂಕುರೋಗ. ಇದನ್ನು ಬಹು ಔಷಧಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ 6–12ತಿಂಗಳ ಒಳಗಾಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. 1981ರಲ್ಲಿ 4.0 ಮಿಲಿಯನ್‌ನಿಂದ 2004ರ ಮಾರ್ಚ್ ಅಂತ್ಯದ ವೇಳೆಗೆ 0.26 ಮಿಲಿಯನ್‌ಗೆ ಇಳಿದಿರುತ್ತದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ರೋಗದ ನಿರ್ನಾಮವನ್ನು ಪ್ರತಿ 10.000ಜನರಲ್ಲಿ ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಇರುವುದು ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ 1954–55ರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಆರಂಭವಾದವು. ಮೊದಲು ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ನೆರವು ನೀಡುತ್ತಿತ್ತು. ನಂತರ 1968–69ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರವೇ ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿತು. ಆದಷ್ಟು ರೋಗವನ್ನು ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಕಂಡುಹಿಡಿದು ರೋಗಿ ಅವರ ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಔಷದೋಪಚಾರ ನಡೆಸಿ, ಶೀಘ್ರದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿ ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ಸೋಂಕು

ಹರಡದಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶ. ಇದರ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗಾಗಿ 1953ರಲ್ಲಿ ಮದ್ರಾಸಿನ ಚಂಗಲ್‌ಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠರೋಗ ವಿದ್ಯೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ನಂತರ ನಾಗಪುರದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರೌಢವಿದ್ಯಾ ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ, ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿವಾರಣೆ ಕೆಲಸಗಾರರಿಗೆ ತರಬೇತಿಕೊಡುವ ಕೇಂದ್ರ 1959ರಲ್ಲಿ ತೆರೆಯಲಾಯಿತು. ಇಂದು ಇಂಥ ಕೇಂದ್ರಗಳು ದೇಶದ ಹಲವಾರು ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ತೆರೆಯಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಟ್ರಕೋಮಾ (ಕುರುಡುತನ) ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:

1976ರಲ್ಲಿ ಅಂಧತ್ವ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಶಿಭಿರಗಳ ಮೂಲಕ ತುರ್ತುಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿತು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ರಮದೊಂದಿಗೆ ಶಾಶ್ವತ ನೇತ್ರರಕ್ಷಣಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿತು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ನೇತ್ರ ರಕ್ಷಣಾ ಸೇವೆಯ ಉಸ್ತುವಾರಿಯನ್ನು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಧತ್ವ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಘದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಮತ್ತು ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರೇತರ ಮತ್ತು ಖಾಸಗೀ ವಲಯಗಳ ನಡುವೆ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿತು. ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೂ 530 ಡಿ.ಬಿ.ಸಿಗಳು ರಚನೆಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಜಾಗತಿಕ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಸಹಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ನೇತ್ರ ರಕ್ಷಣಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧಿಸಿವೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮಗ್ರ ರೋಗಗಳ ಕಣ್ಗಾವಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:

ಸಮಗ್ರ ರೋಗ ಕಣ್ಗಾವಲು ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾ, ಕ್ಷಯ, ವಿಷಮಶೀತ ಜ್ವರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸೇವೆಗಳು ಅಲ್ಲದೆ ನೀರಿನಲ್ಲಿರುವ ಮಲದ ಮಲಿನತೆ ಹಾಗೂ ಕ್ಲೋರಿನ್ ಅಂಶಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಕ್ಷೇತ್ರ ಮಟ್ಟದ ಕಣ್ಗಾವಲು ಘಟಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿ, ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ, ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಕಣ್ಗಾವಲು ಘಟಕಕ್ಕೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಳುಹಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪ ತಾಳಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಫೈಲೇರಿಯಾ (ಆನೆಕಾಲು ರೋಗ)ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಆನೆಕಾಲು ರೋಗವನ್ನು ಪೈಲೇರಿಯಾ ರೋಗವೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಾದ ಮತ್ತು ಕಾಲಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಆಡಚಣೆಯುಂಟಾಗಿ, ಪಾದ ಮತ್ತು ಕಾಲಿನಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಶೇಖರವಾಗಿ, ಪಾದವು ತನ್ನ ಬಾಹ್ಯಾಕೃತಿ ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಆನೆಯ ಕಾಲನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿಯೇ ಇದಕ್ಕೆ ಆನೆಕಾಲು ರೋಗ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಡಲು "1955ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪೈಲೇರಿಯಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು. ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ಹರಡುವ ಈ

ಕಾಯಿಲೆ ನಮ್ಮ ಕರ್ನಾಟಕದ ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಮೊದಲಿಗೆ ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿದೆ." (ರಾಮಕೃಷ್ಣ. ಜಿ: 1997; ಪು.17)- ನಗರೀಕರಣ ಮತ್ತು ಕೈಗಾರೀಕರಣದಿಂದ ಜನರು ವಲಸೆ ಹೋಗುವುದು, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಬಡತನ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕೊರತೆ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಲ್ಲಿ ಇದು ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಸಿನವರೂ ಲಿಂಗಭೇದವಿಲ್ಲದೆ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ. ಇದನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ಗುರಿಪಡಿಸುವುದು. ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ಹರಡುವ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಸೊಳ್ಳೆ ಕಚ್ಚದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಉತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ದೂರವಿರುವುದೇ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆಯಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪ್ರಸಾರವಾಗುವ ರೋಗಗಳನ್ನು ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. "1949ರಷ್ಟು ಹಿಂದೆಯೇ ಲೈಂಗಿಕ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿದ್ದರೂ ಯಶಸ್ಸು ಕಾಣದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಂಕ, ಭಯ, ಅಜ್ಞಾನ, ವೈಶ್ಯವಾಟಿಕೆಗಳು, ನಗರೀಕರಣ, ಲೈಂಗಿಕ ಪ್ರಚೋದಕ ಸಾಹಿತ್ಯ, ಸಿನಿಮಾ ಮತ್ತು ಜೀವನ ಶೈಲಿ, ಕುಟುಂಬದಿಂದ ದೂರವಿರುವಿಕೆ ಸಂಚಾರ ಮಾಡುವ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ." (ರಾಮಕೃಷ್ಣ. ಜಿ: 1997; ಪು.18) ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜನರಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕತೆಯೆಂದರೆ ಭಯ, ಆತಂಕ, ಮುಜುಗರ, ಜಿಗುಪ್ಸೆ ಇರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಶರೀರದ ಬೇರೆಲ್ಲ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಭಯ, ಮುಜುಗರ ಇಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯರೊಡನೆ ಮನಸ್ಸು ಬಿಚ್ಚಿ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಜನರು ತಮ್ಮ ದಾಂಪತ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ, ಲೈಂಗಿಕ ತೊಂದರೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರೊಡನೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಮಾತನಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿಯ ತೊಂದರೆಗಳು ತಮ್ಮೊಳಗೇ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಕೊರಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹೆಚ್ಚು ಹಾಳಾಗುತ್ತದೆ. ಲೈಂಗಿಕತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳು ಹಾಸುಹೊಕ್ಕಾಗಿವೆ. ಸರಕಾರ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಜನತೆಗೆ ಲೈಂಗಿಕತೆಯ ಅರಿವು, ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾ ಬರುತ್ತಿರುವುದು ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅತಿಸಾರ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಾವುಗಳಿಗೆ ಅತಿಭೇದಿ (ಅತಿಸಾರ) ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. "ಈ ವಯೋಮಾನದ ಮಕ್ಕಳು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಬಾರಿ ಅತಿಸಾರಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಭಾರತದಲ್ಲಿ 500

ಮಿಲಿಯನ್ ಜನರು (ಎಲ್ಲಾ ವಯೋಮಾನದವರು ಸೇರಿ) ಈ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಸುಮಾರು 50–100 ಮಿಲಿಯನ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದು 5 ಮಿಲಿಯನ್ ಜನರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಜೀವಜಲ (ಓ.ಆರ್.ಎಸ್) ಬಳಕೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನ ಎದೆ ಹಾಲುಣಿಸಲು ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ." (ರಾಮಕೃಷ್ಣ. ಜಿ: 1997; ಪು.18) ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಅತಿಸಾರದ ಕಾಯಿಲೆ ಹೆಚ್ಚು. ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಕಲುಷಿತಗೊಳ್ಳುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಕಾರಣ. ಇದರ ಅರಿವು ಜನರಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಉಪಯೋಗವಾಗುವ ಸಕ್ಕರೆ ಲವಣಗಳ ಮಿಶ್ರಣದ ಒಂದು ಸೂತ್ರವನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಎಲ್ಲೆಡೆ ಯಾವುದೇ ವಯೋಮಾನದವರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವೈದ್ಯರದು. ಇಂತಹ ಮಿಶ್ರಣದಲ್ಲಿ ಸೋಡಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ (ತಿನ್ನುವ ಉಪ್ಪು 3.5ಗ್ರಾಂ, ಸೋಡಿಯಂ ಬೈ ಕಾರ್ಬೋನೆಟ್ (ಅಡುಗೆ ಸೋಡಾ) 2.5 ಗ್ರಾಂ, ಪೋಟ್ಯಾಸಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ 1.5 ಗ್ರಾಂ ಮತು ಗ್ಲೂಕೋಸ್ 20 ಗ್ರಾಂ ಇದ್ದ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಹವೆಯಲ್ಲಿಯ ತೇವಾಂಶ ತಾಕದಂತೆ ಅಲ್ಯೂಮಿನಿಯಂ ಪಾಕೇಟುಗಳಲ್ಲಿರಿಸಿ ವಿತರಣೆ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಇದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮನೆ ಮನೆಗೆ ತಲುಪಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಒಂದು ಲೀಟರ್ ಕುದಿಸಿ, ಆರಿಸಿ, ಸೋಸಿದ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗಿಸಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಿ ಎಂಬ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಶ್ಲಾಘನೀಯ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಳಗಂಡ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಭೂಮಿಯಲ್ಲಿ ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು, ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರು, ಅದರಲ್ಲೂ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಇದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ತುತ್ತಾಗುತ್ತಾರೆ. ಕತ್ತಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗಡ್ಡೆಯುಂಟಾಗಿ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದರ ಜೊತೆಗೆ (ಗಾಯಿಟರ್) ಹುಟ್ಟುವ ಮಗುವಿನಲ್ಲಿ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿತ್ತು. ಇದರ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಸರಕಾರ ಅಯೋಡೈಸ್ಡ್ ಉಪ್ಪಿನ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಈ ರೋಗ ಹತೋಟಿಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ. 1962ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಳಗಂಡ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಗಳು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿವೆ. ಗಳಗಂಡ ಕಂಡುಬಂದ ಪ್ರದೇಶದ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದು. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಆಯೋಡಿನ್‌ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪು ಪೂರೈಕೆ ಮಾಡುವುದು, ಯೋಜನೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ತಿಳಿಯಲು ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸಾರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸುವುದು ಆಗಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ಅಯೋಡಿನ್ ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪಿನ ಮಾರಾಟವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಿದ್ದು, ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ 20 ಅಂಶಗಳ

ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಗಸ್ಟ್ 1992ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೆಂದು ಪುನಃ ನಾಮಕರಣ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆ ಉಂಟಾಗಿ ತಾಯಿಗೆ ಗರ್ಭಪಾತವಾಗುವ, ಇಲ್ಲವೆ ಮಗು ಹುಟ್ಟುವಾಗಲೇ ಸತ್ತಿರುವ, ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲ ಮತ್ತು ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ ಮಗು ಹುಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತಗೊಳಿಸಲು ಯೋಜಿಸಲಾಯಿತು. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಆಶಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಇದು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟಂತೆ ತೋರಿದರು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹುಟ್ಟುವ ಮಗುವಿನ ಕಾಳಜಿಗೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

"ಶಿಶು ಮರಣವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಗುರಿಯೊಂದಿಗೆ 1978ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕಾಡುವ ಆರು ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಾದ ಕ್ಷಯ, ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು, ಪೋಲಿಯೋ ಮತ್ತು ದಡಾರ ಇವುಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡುವುದು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿ. ಮುಂದುವರಿದ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೆಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುತ್ತಿದ್ದ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು, 1985ರಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಎಂದು ಮರುನಾಮಕರಣ ಮಾಡಲಾಯಿತು." (ನಿರಜಾಪ್ರಿಯ: 1999; ಪು. 40) 2000ನೇ ಇಸವಿಯೊಳಗೆ ಪೋಲಿಯೋ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡುವ ಗುರಿಯೊಂದಿಗೆ 1995ರಲ್ಲಿ 'ಪಲ್ಸ್‌ಪೋಲಿಯೋ' ಎಂಬ ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಇದು ಜಾರಿಯಾದಾಗಿನಿಂದ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪೋಲಿಯೋ ರೊಗದ ಹಾವಳಿ ಸಾಕಷ್ಟು ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಪ್ರಮಾಣ ಕೂಡ ಸಾಕಷ್ಟಿರುವುದು ವಿಶೇಷ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀರು ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತು ಸ್ವಚ್ಛತಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

"ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ 1954ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಇಂದಿಗೂ ಶೇಕಡ 46ರಷ್ಟು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲ. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ನಾವು ದಯನೀಯ ಸೋಲನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಕಸಕಡ್ಡಿ, ತ್ಯಾಜ್ಯ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲೆಂದರಲ್ಲಿ ಎಸೆಯುವುದು, ಮಲಮೂತ್ರವನ್ನು ಎಲ್ಲೆಂದರಲ್ಲಿ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳು ಬರುತ್ತವೆ" (ರಾಮಕೃಷ್ಣ. ಜಿ: 1997; ಪು.17) ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕ ಅಂಶಗಳು. ಜನತೆ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ನಡೆಸುವಲ್ಲಿ ನೀರು, ಆಹಾರ, ವಸತಿ, ನೈರ್ಮಲ್ಯಗಳು ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ

ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯಲು ಕನಿಷ್ಠ 3–4 ಲೀಟರ್ ನೀರಿನ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಹಾಗೂ ನಿತ್ಯದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು 40 ಲೀಟರ್ ನೀರು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸರಕಾರ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ವಲ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಅದು ನೇರವಾಗಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ನೀರಿನ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಂದಿಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಅನೇಕ ಗ್ರಾಮಗಳವರು ನೀರು ಸಂಗ್ರಹಣೆಗಾಗಿ 4–5 ಕಿ.ಮೀ.ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ದೂರದಿಂದ ನೀರು ತರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಕೆಗೆ ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದ್ದು ಕೇಂದ್ರದ ನೆರವು ಹಾಗೂ ವಿದೇಶಗಳ ಧನಸಹಾಯದೊಂದಿಗೆ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಸಲು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದ್ದರೂ ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ; ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಅಂತರ್ಜಲ ಬತ್ತುವಿಕೆ, ವಿದ್ಯುತ್ ಕೊರತೆ, ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತಿಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ, ಪರಿಕರಗಳ ದುರಸ್ತಿ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿಯ ವಿಳಂಬ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆ ಉಂಟಾಗುವುದು ಸಹಜವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ.

ಕನಿಷ್ಠ ಅಗತ್ಯಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಈ ಯೋಜನೆಯು "ಐದನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (1974–78)ಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು. ಇದರ ಉದ್ದೇಶ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿ, ಅವರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಿ, ಆ ಮೂಲಕ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯಗಳೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ, ಗ್ರಾಮೀಣ ನೀರು ಸರಬರಾಜು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಪೂರೈಕೆ, ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಒದಗಿಸುವುದು, ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಪರಿಸರವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವುದು, ಭೂಮಿ ಇಲ್ಲದ ಕೆಲಸಗಾರರಿಗೆ ಮನೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು" ಆಗಿದೆ.(ಜಿ.ರಾಮಕೃಷ್ಣ–1997)

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಬಂದು ಆರು ದಶಕಗಳ ನಂತರವೂ ರಾಜ್ಯದ ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಶೌಚಾಲಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಯಲೇ ಶೌಚಾಲಯವಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಲು ನೂರಾರು ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಬಜೆಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿಯೇ ನಿಗದಿಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಣ ಬಿಡುಗಡೆಯೂ ಆಗುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮಾತ್ರ ಜನತೆಗೆ

ಸಿಕ್ಕಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯಷ್ಟೇ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಮನೆಗೊಂದು ಶೌಚಾಲಯ ನಿರ್ಮಿಸಲು ನೂರಾರು ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡಿತ್ತು. ಶೌಚಾಲಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ಸುಳ್ಳು ವರದಿಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಕೂಡ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇಂಥ ನೂರಾರು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಸರಕಾರದ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದರೂ ಉಪಯೋಗವಾಗಿಲ್ಲ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಸ್ವಚ್ಛ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ಶೌಚಾಲಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಪರಿಸರವಿಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆ ಬದುಕುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಜನತೆಯನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಲು ಪಂಚಾಯಿತಿ ರಾಜ್ಯವ್ಯವಸ್ಥೆ ಪ್ರಯತ್ನ ಪಡುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಅದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಶಸ್ಸು ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನ್ವಯ ಶೌಚಾಲಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದರೆ ಸಾಲದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಕಾಗಿರುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಇಡೀ ಯೋಜನೆ ವ್ಯರ್ಥವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡೆ ಶೌಚಾಲಯ ನಿರ್ಮಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿನ ಮನೆಯ ರಚನೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ "ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಡುಗೆ ಕೋಣೆ ಕತ್ತಲಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಕೋಣೆಗೆ ಬೆಳಕು ಬರುವಂಥ ಕಿಟಕಿಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಗಾಳಿ ಸಂಚಾರವೇ ಇಲ್ಲದ ಅಡುಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಕ್ಕಳು ತಮ್ಮ ಆಯುಶವನ್ನು ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಕುರುಡುತನ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ರೋಗಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಇನ್ನು ಬಡಜನತೆಯ ಬದುಕು ತೀರ ದುಸ್ತರ. ಇವರು ಗುಡಿಸಲಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೀತಿ ಜೀವಿಸುವ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಹಲವು ತೊಂದರೆಗೆ ಸಿಲುಕುತ್ತಾರೆ. ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾದ ಮಳೆ ಮತ್ತು ಗಾಳಿಗೆ ಎಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಗುಡಿಸಲು ಯಾವಾಗ ಬಿದ್ದು ಹೋಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಆತಂಕದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಬೆಂಕಿಗೆ ಗುಡಿಸಲುಗಳು ಸುಟ್ಟು ಹೋಗುವ ಸಂಭವವೂ ಇರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಸರಕಾರವು ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಜನತಾ ಮನೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದೆ. ಬಡ ಮತ್ತು ನಿರಾಶ್ರಿತರಿಗೆ ಮನೆಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಆಶಯವೇನೊ ಚೆನ್ನಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಯೋಜನೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆಗೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಬಡ ಜನರಿಗಾಗಿ ಕಟ್ಟಿಕೊಟ್ಟ ಸರಕಾರದ ಮನೆಗಳು ಕೆಲವೇ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಬಿದ್ದು ಹೋದ ಅನೇಕ ನಿದರ್ಶನಗಳು ಇವೆ. ಈ ರೀತಿ ಜನರಿಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳು ವಿಫಲಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ. ಅಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಕೆಲವು ರೈತಾಪಿಗಳು ತಮ್ಮ ವಾಸ್ತವ್ಯದ ಮಧ್ಯವೇ

ತಾವು ಸಾಕಿಕೊಂಡಿದ್ದ ದನಕರುಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರು ವಾಸಿಸುವ ಸ್ಥಳ ಅನೈರ್ಮಲ್ಯದಿಂದ ಕೂಡಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅಂತೆಯೇ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಡ ಜನತೆ ಅಥವಾ ವಲಸೆ ಹೋದ ಜನರು ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಹೀಗೆ ಸರಿಯಾದ ವಸತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಅಥವಾ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ಪರಿಸರ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರದಿದ್ದರೆ ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶ ಕೂಡ ಜನರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗದ ಮತ್ತು ಮನುಷ್ಯನ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯಬಹುದಾದ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಸೂಕ್ಷ್ಮಾಣುಜೀವಿಯಾಗಿ, ಸೋಂಕಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಜವಾದ ರೋಗ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತಾ ಅವಕಾಶವಾದಿ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಮನುಷ್ಯನನ್ನು ತುತ್ತುಮಾಡುವ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ ಇಂದು ಮಹಾಮಾರಿಯಂತೆ ಹಬ್ಬುತ್ತಿರುವುದು ಕಳವಳಕಾರಿಯಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಏರುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆಗೆ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಸೌಲಭ್ಯ, ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆ, ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ಸೋಂಕು ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಯುವ ಕ್ರಮ, ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಸಮಾಲೋಚಕರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಹಾಗೂ ಸಮಯಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿನ ನಿಭಾವಣೆ, ಆರೈಕೆ ಹೀಗೆ ಸೋಂಕು ಪೀಡಿತರ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಲು ಸರ್ಕಾರ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಇದೆಲ್ಲದರ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟು ಹಾಕಿರುವಂತ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕಲು ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗನ್ನು ಹಮಿಕೊಳ್ಳಾಗಿದೆ.

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು 2007ರ ವೇಳೆಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ತಡೆಯುವ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆ (ನ್ಯಾಕೊ) ಮತ್ತು ಅದರ ರಾಜ್ಯಶಾಖೆಗಳಾದ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್‌ಷನ್ ಸೊಸೈಟಿಗಳು ಹತ್ತು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿ ಅವುಗಳ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿವೆ.

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಸಮಾಲೋಚನೆ ಕೇಂದ್ರ(ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ)ಗಳ ಸೇವೆಗಳು

ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ ಎಂದರೆ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ಕೇಂದ್ರ. ಈ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಮತ್ತು ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಬಹುದು ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಬಹುದು. ವಿಸಿಟಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚಕರಿಗೆ ಎರಡು ಕೊಠಡಿಗಳು ಮತ್ತು

ಅದಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಂತೆ ಒಂದು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯವು ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪುರುಷರಿಗೆ ಪುರುಷ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಹಿಳಾ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಇರುತ್ತಾರೆ. ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಪೂರ್ವ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ನಡೆಸಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರಲ್ಲಿರುವ ತಪ್ಪು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹಾಗೂ ನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಂತರ ಅವರನ್ನು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಇರಲಿ, ನೆಗೆಟಿವ್ ಇರಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುತ್ತಾರೆ. 3 ಬಗೆಯ ಆಂಟಿಜನ್‌ಗಳು ಇರುವ ರ್‍ಯಾಪಿಡ್ ಟೆಸ್ಟ್‌ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಈ ವಿಸಿಟಿಸಿಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಎಂದು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ಈ 3 ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುವುದು. ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಕೇವಲ ಹತ್ತು ರೂಪಾಯಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಶುಲ್ಕ ವಿಧಿಸಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಇವರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಕಾಂಡೋಮ್ ವಿತರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಬೀದರನ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಗುಲಬರ್ಗಾದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕೊಪ್ಪಳದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಮ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ. ಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಬಾದಿತರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವುದು

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಏಡ್ಸ್ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಇತರೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರು ಇಂದು ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದು, ಅವರು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಬೆಂಬಲ ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಸೋಂಕು ಹರಡಿದ ಆತಂಕ, ದೈಹಿಕ ಬೇರ್ಪಡಿಕೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೇರ್ಪಡೆ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬೇದಬಾವ, ಮನೆಯಿಂದ ಹೊರದೂಡಲ್ಪಡುವುದು, ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆ, ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮ, ಕಾಯಿಲೆಯ ಉಲ್ಬಣಿಕೆ, ಸಂಬಂಧಗಳ ಕಡಿತ, ಕೋಪ, ಏಕಾಂಗಿತನ, ಖಿನ್ನತೆ ಮೊದಲಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತರು ನಿಭಾಯಿಸುವಂತೆ ಬೆಂಬಲ ಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಈ ಸೋಂಕು ಬಂದಿದೆ ಅಂದರೆ ಸಾವು ಖಚಿತ ಎಂಬ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆತಂಕದೊಂದಿಗೆ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಈಗ ಈ ಮಾತು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಅರ್ಥಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಪಾಸಿಟಿವ್ ಎಂದು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಫಲಿತಾಂಶ ತಿಳಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಇನ್ನೇನು ನನ್ನ ಭವಿಷ್ಯ ಕತ್ತಲು ಎಂದು ಚಿಂತಿಸುವ ಕಾಲ ಬದಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಇದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ಧೃತಿಗೆಡದೇ ಮುಂದಿನ ಜೀವನಕ್ರಮ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು

ಸೋಂಕಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನೆರವಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಸಮಾಲೋಚಕರು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ವಿಸ್ತರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅರಿವಿಗೆ ತರುತ್ತಾರೆ.

1. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೈಕೆ

* ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವಂತೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಇತರೆ ಸಮಯಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳು ಬಾರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವಂತೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ನಿರೋಧ್ ಅನ್ನು ಬಳಸಲು ಗಂಡನಿಗೆ ತಿಳಿಸಿ ಎಂಬ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

2. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕಿತರಲ್ಲಿ ವೈರಾಣು ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಕಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರ ಕಡಿಮೆಯಾಗದಂತೆ ಮಾಡುವ ಔಷಧಿ ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುವುದು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. (ಎ.ಆರ್.ಟಿ.) 'ಆಂಟಿ ರಿಟ್ರೋ ವೈರಲ್ ಥೆರಪಿ' ಎಂಬ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ವರದಾನವಾಗಿದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ವೈರಾಣು ಸಂಖ್ಯೆ ತಗ್ಗಿಸುವ ಈ ಔಷಧಗಳು ದುಬಾರಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಹಲವು ನಿಯಮಗಳೊಂದಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡಲು ಕೆಲವೊಂದು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದೆ. ಉದಾ:– ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಮ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ. ದೇಹದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಣಕೋಶಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಂದರೆ ಸಿ.ಡಿ.4 ಕಣಕೋಶಗಳ ಪ್ರಮಾಣ 200ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ 'ನಿವರಿಪೈನ್' ಎಂಬ ಔಷಧ ಸೇವಿಸಿರುವ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ 'ಎ.ಆರ್.ಟಿ' ಔಷಧವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆ

ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ನೆರವಿನಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಯುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಬಲವರ್ಧನೆ ಮೂಲಕ, ಮಹಿಳೆಯರು ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ಬಲಿಯಾಗುವುದನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆಯನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕದ ಬಳ್ಳಾರಿ, ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದ ಗುಂಟೂರು, ರಾಜಸ್ಥಾನದ ಉದಯಪುರ,

ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ ಕಾನ್‌ಪುರ್, ಬಿಹಾರದ ಕಿಶನ್‌ಗಂಜ್ ಮತ್ತು ಮಿಜೋರಾಮ್‌ನ ಐಜ್ವಾಲ್ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಯು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಅದರಲ್ಲೂ 13–25ರ ವಯಸ್ಸಿನವರು ಒಳಗಾಗುವುದನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದಾಗಿದೆ.

4.4.2 ವಿದೇಶಿ ನೆರವಿನಿಂದ ರೂಪಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು:

ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ನಮ್ಮ ಸರಕಾರಗಳು ಅನೇಕ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಜಗತ್ತಿನ ಹಲವಾರು ದೇಶಗಳ ಸಹಕಾರದೊಡನೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಕ್ರಮವಹಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿವೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳೆರಡು 1949ರಿಂದಲೇ ಯುನಿಸೆಫ್(ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಶನ್ಸ್ ಇಂಟರ್ ನ್ಯಾಶಿನಲ್ ಸ್ಟೂಡೆಂಟ್ ಎಮರ್ಜೆನ್ಸಿ ಫಂಡ್) ನೆರವು ಮತ್ತು ಸಹಯೋಗದಿಂದ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿವೆ. ಪ್ರಮುಖವಾದ ಯೋಜನೆಗಳೆಂದರೆ

1. ಗ್ರಾಮೀಣ ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಯೋಜನೆ(1967)
2. ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೇವೆಗಳು(1975)
3. ಸಂಪೂರ್ಣ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ(1985–86)
4. ಓರಲ್ ರೀ ಹೈಡ್ರೇಶನ್ ತೆರಪಿ ಯೋಜನೆ(1986)
5. ರೀಪ್ರೊಡೆಕ್ಟೀವ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ(1996)
6. ಎರಾಡಿಕೇಶನ್ ಆಫ್ ಗುನಿಯಾ ವರ್ಮ್ (2000)
7. ಪೋಲಿಯೋ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ(2004)

4.4.3 ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ–(ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ)

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು 12 ಏಪ್ರಿಲ್ 2005ರಂದು ಸನ್ಮಾನ್ಯ ಪ್ರಧಾನಮಂತ್ರಿಗಳಾದ ಮನಮೋಹನ್ ಸಿಂಗ್ ಅವರು ರಾಷ್ಟ್ರದಾದ್ಯಂತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಮತ್ತು ತುಂಬ ಕ್ಷೀಣ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿ ಅಥವಾ ತುಂಬಾ ದುರ್ಬಲ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವ ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳು, ಜಮ್ಮು & ಕಾಶ್ಮೀರ ಹಾಗೂ ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ 18 ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮತ್ತು ಜನರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ಭಾರತ ಸರಕಾರ

ಆರಂಭಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಮೂಲಭೂತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ರಚನಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದು ಕೂಡ ಅಭಿಯಾನದ ಉದ್ದೇಶ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಲ್ಲ ನಿರ್ಣಾಯಕಗಳಾದ, ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ, ಸ್ವಚ್ಚತೆ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಉತ್ತಮ ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಇವುಗಳ ನಡುವಣ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಒಂದು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ದಾರಿಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಇದಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಬಡಜನರು, ಹೆಂಗಸರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಈ ಜನರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ಈ ಅಭಿಯಾನದ ಗುರಿಯಾಗಿದೆ.

ಈ ಅಭಿಯಾನದ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶಗಳು

- ಶಿಶು ಮರಣ ದರವನ್ನು 2012ರ ವೇಳೆಗೆ 30ಕ್ಕೆ (ಪ್ರತಿ 1000 ಸಜೀವ ಜನನಗಳಿಗೆ) ಇಳಿಸುವುದು.
- ತಾಯಿ ಮರಣ ದರವನ್ನು ಒಂದು ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ನೂರಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಬೇಕಾದ ಔಷಧಗಳ ಕಿಟ್‌ನೊಂದಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದ ಸೇವಕರನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು.
- ಅಂಗನವಾಡಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ನಿಗದಿತ ದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ದಿನವನ್ನಾಗಿ ಏರ್ಪಡಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ನಂತರದ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸುವುದು ಹಾಗೂ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಸೇರಿದಂತೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು.
- ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಔಷದಗಳು ದೊರೆಯುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಔಷದಗಳು ಹಾಗೂ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಜನರು ಈ ಸ್ಥಳ ಗಳಿಗೆ ಬಂದು ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ತಲುಪಲು ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು.
- ಸ್ವಯಂ ದುರ್ಬಲವಾಗಿರುವ ಸಿರಿಂಜ್‌ಗಳ ಮರುಬಳಕೆ ಮಾಡಿ ಲಸಿಕೆ ನೀಡಿಕೆ ಸುಧಾ ರಿತ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ

ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುವುದು.

- ಅಭಿಯಾನದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ನಿಶ್ಚಿತ ರೋಗ ರಕ್ಷಣೆ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.
- ಸಂಚಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳ ಮೂಲಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ದೊರೆಯದ ದೂರದ ಸ್ಥಳಗಳಿಗೂ ಈ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವುದು.
- ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಹಾಗೂ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವುದು ಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಮೇಲಿನ ನಿಗದಿತ ಉದ್ದೇಶದ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದರ ಮುಲಕ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲು ಸರಕಾರ ಮುಂದಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಅವುಗಳೆಂದರೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ 2005; ಇದರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಟ್ಯೂಬರ್‌ಕ್ಯುಲೋಸಿಸ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಕುರುಡತನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಮಗ್ರ ರೋಗ ನಿಗಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ, ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನನ್ನು 45ರಿಂದ 26ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರ ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ, ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು 14 ರಿಂದ 3ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು. ಹನ್ನೊಂದನೇ ಯೋಜನೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಯಾಗಿವೆ.

4.4.4 ರಾಜ್ಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

1. ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ:

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ, 2005ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಕಡುಬಡವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ

ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚಗಳು ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಭರಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಸಹಾಯಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ. 2005 ಏಪ್ರಿಲ್ 1ರ ನಂತರ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ (BPL ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ) ಹೆರಿಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ರೂ.500/– ಸಹಾಯಧನ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ.700/– ಸಹಾಯಧನವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೀದರ್, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಭತ್ಯೆಗೆಂದು ರೂ.200/– ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡಾಂತರ ಹೆರಿಗೆ (ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ) ಮಾಡಿಸಲು ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ.1500/– ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಉದರದರ್ಶಕ ಅಥವಾ ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅವರಿಗೆ ರೂ.175/– ಸಹಾಯ ಧನ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವಾರದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಅಗತ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದ್ದರೆ, ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯ ಮೂಲಕ ವಾಹನ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ರೂ.200/– ಧನಸಹಾಯ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

2. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ

ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು 2007–08ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡದವರಿಗೆ ಮೀಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಶೇ 16.2 ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಶೇ 6.55 ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಿದ್ದು ಈ ಪಂಗಡಗಳಲ್ಲಿ ಬಡ ಕುಟುಂಬದವರೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದಾರೆ(ರಾ.ಆ.ಕು.ಕ.ಇಲಾಖೆ ಕೈಪಿಡಿ–2008). ಇವರು ರೋಗರುಜಿನಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದು ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆ ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿಯ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಮಾದರಿಯಂತೆ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯವಿಮೆ ಯೋಜನೆ ಈಗಾಗಲೇ

ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಸಹಕಾರ ಇಲಾಖೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಜಾರಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಒಪ್ಪಂದ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ ಪಡಿತರ ಚೀಟಿ(ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್)ಅಥವಾ ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಮತ್ತು ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಮೇಳಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಅನುಮತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಗುರುತಿಸಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಯಶಸ್ವಿನಿ ವಿಮಾ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

3. ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ:

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಅಡಿ 2012ರ ವೇಳೆಗೆ ಶಿಶುಮರಣದ ದರವನ್ನು 1000ಕ್ಕೆ 30ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣವನ್ನು ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜೀವಂತ ಜನನಕ್ಕೆ 90ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಗುರಿ ಹೊಂದಲಾಗಿದೆ. ಈಗ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮರಣ ಮತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ದರ ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಬಡ ಕುಟುಂಬದವರು ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೂಲಿಗೆ ಹೋಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೇ ಹಣಕಾಸಿನ ಮುಗ್ಗಟ್ಟಿನಿಂದ ಸರಿಯಾದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯದೇ ಸಮಸ್ಯೆ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಲು ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಹಣಕಾಸು ನೆರವು ನೀಡುವುದು. ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು 2ನೇ ಮತ್ತು 3ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ತಪಾಸಣೆಯ ನಂತರ ರೂ.1000/=ಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ನಂತರ ರೂ.500/=ಮೊತ್ತದ ಸೀರೆ ಕುಪ್ಪಸಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ರೂ.500/=ಗಳ ಚೆಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಗೆ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ ಇದಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಪ್ರತಿ ಫಲಾನುಭವಿಗೆ ರೂ.2000/=ಗಳಷ್ಟು ಸಹಾಯ ಧನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

4. ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ :

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರವು 15.08.2007ರಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿರುತ್ತದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ವತಿಯಿಂದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದು ಸರಕಾರದ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಾಣಂತಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಡವರು, ಕಡುಬಡವರಾದ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಈ ಸೇವೆಯು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಿಗದೇ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಸರಕಾರದ ವತಿಯಿಂದ ಈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಿಟ್ ಅನ್ನು 'ಮಡಿಲು' ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸುವುದು ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ 2001ರ ಜನಗಣತಿಯಂತೆ 52850562ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಿದ್ದು ಈ ಪೈಕಿ ಶೇ.70ರಷ್ಟು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರಿದ್ದಾರೆಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 10ಲಕ್ಷ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಆಗುತ್ತಿದ್ದು, ಆ ಪೈಕಿ ಸುಮಾರು 7ಲಕ್ಷ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ವರ್ಗದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 3.50 ಲಕ್ಷ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಆಗುತ್ತಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ಸಂತಾನ ಹೊಂದಿರುವ ಹೆರಿಗೆಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ರಾಜ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ.67ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಇದನ್ನು 2010ನೇ ಇಸವಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ.90ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವಲ್ಲಿ "ಮಡಿಲು" ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಡಿಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ, ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಆರೈಕೆ, ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೈಕೆ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಹಾಗೂ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುವವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಈ "ಮಡಿಲು" ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ತಾಯಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ರೂ.825/=ಮೌಲ್ಯದ ವಿವಿಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಇರುತ್ತವೆ.

ಮಡಿಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುವ ಪ್ರತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಳಕಂಡ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಇದನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 4.4ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:4.4

ಮಡಿಲು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರತಿ ಕಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಸಾಮಗ್ರಿಯ ಹೆಸರು	ಪ್ರಮಾನ	ದರ(ರೂ.)
1	ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆ(ತಾಯಿಗೆ)	01	80
2	ಆಮಖಾನ(ಮೀಡಿಯಂ ಸೈಜ್)	01	80
3	ಬೆಡ್ ಶೀಟ್(ಮೀಡಿಯಂ)	01	50
4	ತಾಯಿಗೆ ದಪ್ಪನೆ ಹೊದಿಕೆ(ಮೀಡಿಯಂ)	01	80
5	ತಾಯಿಗೆ ಮೈಸೂರ್ ಸ್ಯಾಂಡಲ್ ಸೋಪ್	04	30
6	ಬಟ್ಟೆ ಹೊಗೆಯುವ ಸಾಬೂನು	04	20
7	ತಾಯಿಗೆ ಹೊಟ್ಟೆಗೆ ಕಟ್ಟುವ ಬಟ್ಟೆ	01	40
8	ಸ್ಯಾನಿಟರಿ ಪ್ಯಾಡ್ಸ್(ಚೌಕ ಕಾಟನ್ ಬಟ್ಟೆ ವಿತ್ ಕುಣಿಕೆ	06	30
9	ತಾಯಿಗೆ ಬಾಚಣಿಗೆಯೊಂದಿಗೆ ಕೊಬ್ಬರಿ ಹೆಣ್ಣೆ(250ಮಿ.ಲೀ)	01	25
10	ತಾಯಿಗೆ ಟವೆಲ್	02	30
11	ಮಗುವಿಗೆ ಬೆಡ್ ಶೀಟ್	03	60
12	ಮಗುವಿಗೆ ಸೊಳ್ಳೆ ಪರದೆ	01	40
13	ಮಗುವಿಗೆ ಹೊದಿಕೆ	01	40
14	ಮಗುವಿನ ಮೈಸಾಬೂನು	04	40
15	ಮಗುವಿಗೆ ರಬ್ಬರ್ ಶೀಟ್	01	40
16	ಮಗುವಿಗೆ ಡೈಪರ್	06	30
17	ಮಗುವಿಗೆ ಜುಬ್ಬ	06	30
18	ಮಗುವಿಗೆ ಸ್ವೆಟರ್+ ಕುಲಾಬಿ+ಕಾಲುಚೀಲ	01	50
19	ಒಂದು ಪಾರದರ್ಶಕ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಬ್ಯಾಗ್(ಕಿಟ್)	01	30
	ಒಟ್ಟು		825

5. ತಾಯಿಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ:

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಮತ್ತು ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಿಗಾಗಿ ರೂಪಿಸಿದ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಗೋಸ್ಕರ ಹಾಗೂ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ತಪ್ಪಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇರೆಗೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

6. ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ ಯೋಜನೆ:

ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಅಕಸ್ಮಿಕ ಅಫಘಾತಗಳ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. 108ಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್/ಮೊಬೈಲ್ ನಿಂದ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಯಾವುದೇ ಗಂಭೀರ ತರ್ತು ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಜನರಿಗಾಗಿ ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳು ಉಚಿತ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಕವಚ ಯೋಜನೆಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿದೆ. 01,ನವೆಂಬರ್ 2008ರಂದು ಸುಮಾರು 66 ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಶೇಷತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ವಾಹನಗಳಿಂದ ಆರಂಭವಾದ ಈ ಯೊಜನೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವೆ ಸರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಮಾದರಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಮತ್ತು ಹೈದರಾಬಾದ್‌ನ ಇ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿದೆ ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲು ಒಡಂಬಡಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಬಹು ಉಪಯೋಗಿ ಯೋಜನೆಯಾಗಿ ಇಂದು ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಗಾಯಾಳುಗಳು, ಲಕ್ವ ಉಸಿರಾಟದ ಸಂಸ್ಯೆಗಳು, ಹೃದಯಾಘಾತ, ಮಧೂಮೇಹ, ಹೆರಿಗೆ/ಗರ್ಭಿಣಿ, ಪ್ರಾಣಿಗಳು ಕಚ್ಚಿದಾಗ, ಸುಟ್ಟಗಾಯಗಳು, ಸೋಂಕು ರೋಗ, ಆಕಸ್ಮಿಕ ಬೆಂಕಿ, ಅಪಘಾತದಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ವಿಶಜಂತುಗಳು ಕಡಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ನೆರವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

7. ಸುವರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಚೈತನ್ಯ :

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆ ಸಂಯುಕ್ತವಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ 1ರಿಂದ 10ನೇ ತರಗತಿಯಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಉಚಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸುವ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ದಿನದ ಬಹುಪಾಲು ಸಮಯವನ್ನು ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಳೆಯುವುದರಿಂದ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸುವುದು ಮತ್ತು ಉಪಚರಿಸುವುದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಫಲಪ್ರದವಾದ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ತಪಾಸಣಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಆ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯನ್ನು ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯೋಪಾಚಾರಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಟ್ಟು ಉಚಿತ ಶುಶ್ರೂಷೆ ನಡೆಸುದುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ 2009–10ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳು ಅನುಕೂಲ ಪಡೆದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

8. ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಿತಿ:

ಗ್ರಾಮಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಲು ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಭೆಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮದ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಸದಸ್ಯರ ಭಾಗವಿಸುವಿಕೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹಳ್ಳಿಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಕಾಪಾಡಲು ಪ್ರತಿ ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗೆ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.10000/=ಮುಕ್ತ ನಿಧಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಾಜ್ಯ ಅನೇಕ ಗ್ರಾಮಗಳು ಇದರ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಆದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ–4.5ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಭಾರತದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳೊಡನೆ ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:4.5

1951ರಿಂದ 2000ದ ವರೆಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಶಕವಾರು ಆದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರ ವಿವರ

ಕ್ರ ಸಂ.	ಸೂಚಕ	1951		1971		1991		1997		2000	
		ಕ.	ಭಾ.	ಕ.	ಭಾ.	ಕ.	ಭಾ.	ಕ.	ಭಾ.	ಕ.	ಭಾ
1	ಸಹಜ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ	40.8	39.9	37.1	41.2	26.9	32.5	22.7	27.2	22.0	25.8
2	ಸಹಜ ಜನನದ ಸಂದರ್ಭ ದಲ್ಲಾಗುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	25.1	27.4	17.0	19.0	9.0	11.4	7.6	8.9	7.8	8.5
3	ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣ	15.7	12.5	20.1	22.2	17.9	21.1	15.1	18.3	14.2	17.3
4	ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ	148	ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ	120	129	77	80	53	71	57	68

ಆಧಾರ: ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ–2004

ಕನಾಟಕದ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಭಾರತದೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿ ನೋಡಿದರೆ 1951ರಿಂದಲೂ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಗತಿ ಕಂಡಿರುವುದಾಗಿ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಸಹಜ ಜನನದಲ್ಲಾಗುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನೋಡಿದರೆ ಪ್ರತಿ ದಶಕದಲ್ಲಿಯೂ ಭಾರತಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರವೂ ಕೂಡ ಕರ್ನಾಟಕವು ಭಾರತದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಧನೆಗಿಂತ ಮುಂದಿರುವುದು ವೇಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ದಶಕದಿಂದ ದಶಕಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಸಾಧನೆ ಮುಂದಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ.

ನೋಂದಾಯಿತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ(ಆಶಾ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವ ಜನರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊತ್ತ 'ಆಶಾ' ಯೋಜನೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ 2005–06ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ 31,200 ಮಂದಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ನೇಮಕಕ್ಕೆ ಕೇಂದ್ರ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಇವರಿಗೆ ಮಾಸಿಕ 500

ರೂಪಾಯಿಗಳ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಪ್ರತಿ 1000ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬರಂತೆ ನೇಮಕವಾಗುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹುದ್ದೆಗೆ 7ನೇ ತರಗತಿ ಅರ್ಹತೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯು ಆಯಾ ಗ್ರಾಮದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ದಿನದ 24ಗಂಟೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತಾರೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ಇರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಚಾಮರಾಜನಗರ, ಮೈಸೂರು ಮತ್ತು ಕೊಡಗು ಹಾಗೂ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬಿಜಾರು, ಬಾಗಲಕೋಟೆ, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ಬೀದರ್, ಕೊಪ್ಪಳ ಮತ್ತು ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಅಂತಿಮ ಅವಲೋಕನ:

ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಆದ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳ ಮೂಲಕ ರೂಪಿತವಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲದೆ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಳ ನೇಮಕವಾಗದಿರುವುದು, ನೀತಿಗನುಗುಣವಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು, ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಔಷಧಗಳ ಸರಬರಾಜು ಆಗದಿರುವುದು, ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣಗಳು ಪೂರೈಕೆಯಾಗದಿರುವುದು, ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಸೇವೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು.

ಇಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ಕೊರತೆಯ ನಡುವೆ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಸೇವಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ವಿಫಲತೆ ಕಾಣುತ್ತಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾದ್ಯವಾಗಿಲ್ಲವಾದರೂ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನ ಸಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.

ನೀತಿಗನುಗುಳವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೂ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸು ತ್ತಿವೆಯಾದರೂ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ : ಐದು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ

5.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

5.2 ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

5.2.1 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

5.2.2 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

5.3 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

5.3.1 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

5.3.2 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ : ಐದು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ

5.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಾಧನ ಮತ್ತು ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಕೇಂದ್ರಬಿಂದು ಜನರು ಎಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿತವಾಗಿರುವ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಚಲನಶೀಲ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಒಂದು ಸಬಲೀಕರಣ ಮಾಧ್ಯಮ ವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರ ಬರಹಗಳು ಮತ್ತು ಯು.ಎನ್. ಡಿ.ಪಿ.ಯ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಗಳು ತಿಳಿಸುತ್ತವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಅಸಮಾನತೆ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಾ ಬಂದಿರುವುದು ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ವಿಶೇಷವೆಂದರೆ ಈ ವಲಯವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳ ಅಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಬಗೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಬೇಕಾದರೆ ನಾವು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪರಾಮರ್ಶಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ(ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್–2005).

ಸರಕಾರದ ನಿಯಮದ ಪ್ರಕಾರ ಈಗ ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಮೈದಾನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 30ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 20ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವಾಗ ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಮೈದಾನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 5ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ 3ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಪ್ರತಿ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರತಿ ನಾಲ್ಕು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪರಿಣತ ಸಂಸ್ಥೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಆ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ಕ್ರಮವಿದೆ(ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ–2005). ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಮೇಲಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಇಂದು ಮೀರಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಕ್ಕಿಂತ(5ಸಾವಿರ) ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದು ಕೆಲವು ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ 12ರಿಂದ 14ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ, ಕ್ರಿ.ಶ.2000ಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ನಿರ್ಣಯದ ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಪರಿಧಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು. 1. ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮನೆಯಿಂದ ಗರಿಷ್ಠ ಹದಿನೈದು ನಿಮಿಷದಲ್ಲಿ ನಡೆದು ತರುವಂತಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಾದ ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರಬೇಕು. 2. ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಗಳು ಅಂದರೆ ಡಿಫ್ತೀರಿಯಾ, ಟಿಟಾನಸ್, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಮೀಸೆಲ್ಸ್, ಪೋಲಿಯೋಮೈಲೇಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಟ್ಯೂಬರ್ಕಿಲೋಸಿಸ್ ವಿರುದ್ಧ ಲಸಿಕೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಇರಬೇಕು. 3. ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ 20 ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯು ಒಂದುಗಂಟೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದು ತರುವಂತಿರಬೇಕು. 4. ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಬಾಣಂತಿಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗೆ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಂದುವರ್ಷದ ಮಟ್ಟಿಗಾದರೂ ನೀಡುವಂತಿರಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ಣಯಿಸಿದೆ(ಮೋನಿಕದಾಸ್ ಗುಪ್ತ, ಲಿಂಕಲನ್ ಸಿ.ಚೆನ್, ಮತ್ತು ಟಿ.ಎನ್.ಕೃಷ್ಣ–1998). ಮೇಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇಂದಿಗೂ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ನೀತಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಹಾಗೂ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಪ್ರಸ್ತುತ ಇರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕೊರತೆಯ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಎರಡು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಭಾವಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತೊಂದು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು. ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳಾದ ಕಟ್ಟಡ, ವಿದ್ಯುತ್, ನೀರು, ಶೌಚಾಲಯ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಕಚೇರಿ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ತಪಾಸಣೆಗೆ ನೆರವಾಗುವ ಭೌತಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಬಲ್ಲ ಔಷಧಗಳು, ಮಾತ್ರೆಗಳು, ತೂಕದ ಯಂತ್ರ ಮುಂತಾದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಂಡು ಅವುಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕುರಿತಾದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಜನರಿಗೆ ದೊರೆಯುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯೊಂದಿಗೆ, ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಿ ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಯೋಗ್ಯವಾಗಿವೆಯೆ? ಎಂಬುದನ್ನೂ ಸಹ ತಿಳಿಯಲು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಾದ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವ ತಾಲ್ಲೂಕು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನ ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಐದನೇ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ನಾಲ್ಕು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಥಮ ಭಾಗವು, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಹಾಗೂ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿಯ ಕೊರತೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಎರಡನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೂರನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

5.2 ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತು ಕೊರತೆ

ಗ್ರಾಮೀಣ ವಾಸಿಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಮುಖಾಂತರ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಈ ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು ರೋಗಿಯ ಪ್ರಥಮ ಹಂತದ ತಪಾಸಣ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸಲಕರಣೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಸರಕಾರ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿ, ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಪೂರೈಸಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಪಟ್ಟಿಮಾಡಿ, ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನೂ ಪಟ್ಟಿಮಾಡಿ ಇವೆರಡರ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು(ಕೊರತೆ) ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಕ್ರೂಢೀಕರಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

5.2.1 ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಕೊರತೆ

ಸರಕಾರಿ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವೆಂದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ 73.50 ರಿಂದ 100.20 ಚ.ಮೀ ಅಳತೆಯ ಕಟ್ಟಡವಿರಬೇಕು. ಇದರಲ್ಲಿ ಎರಡು ಭಾಗವಿರುತ್ತದೆ. ಒಂದು

ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಭಾಗ ಮತ್ತೊಂದು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ(ಎ.ಎನ್.ಎಂ) ವಾಸ್ತವ್ಯದ ಭಾಗವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲೇಬರ್ ಕೊಠಡಿ, ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಕೊಠಡಿ, ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೊಠಡಿ ಹಾಗೂ ಒಂದು ಶೌಚಾಲಯ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ವಾಸದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಕೊಠಡಿಗಳು ಮತ್ತು ಒಂದು ಅಡಿಗೆ ಕೋಣೆ ಒಂದು ಸ್ನಾನದ ಕೋಣೆ ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇವನ್ನು ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ 60 (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ–40 ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ–20)ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ಕಂಡುಬಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ5.1ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.1

ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಕೊರತೆಯ ವಿವರ

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಉಪಕೇಂದ್ರ ಕಟ್ಟಡದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ			ಕೂಡ್ಲಿಗಿ		
		ಒಟ್ಟು ಕೇ. ಸಂಖ್ಯೆ	ಸೌಲಭ್ಯ ಇದೆ(ಶೇ.)	ಕೊರತೆ (ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು ಕೇ. ಸಂಖ್ಯೆ	ಸೌಲಭ್ಯ ಇದೆ(ಶೇ.)	ಕೊರತೆ (ಶೇ.)
01	73.50/100.20 ಚ.ಮೀ ಕಟ್ಟಡ	20	100	–	40	92.5	7.5
02	ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಭಾಗ & ವಾಸ್ತವ್ಯದ ಭಾಗ	20	100	–	40	100	–
03	ಲೇಬರ್ ಕೊಠಡಿ	20	100	–	40	100	–
04	ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಕೊಠಡಿ	20	100	–	40	100	–
05	ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೊಠಡಿ	20	100	–	40	100	–
06	ಶೌಚಾಲಯ	20	100		40	100	–
07	ವಿದ್ಯುತ್	20	15	85.0	40	15.0	85.0
08	ನೀರು	20	20	80.0	40	7.5	92.5

ಆಧಾರ: 1. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್ ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006.
2. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನಮಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಂಗತಿಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಒಟ್ಟು ಎಂಟು ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಹಲವಾರು ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳು ಇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇವೆಯಾದರೂ, ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಕುರಿತಂತೆ ಕೊರತೆ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಎರಡು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ–ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ನೀರು ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ, ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ

ಮೂರು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ-ವಿದ್ಯುತ್, ನೀರು ಮತ್ತು ಕಟ್ಟಡ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ನೀರುಗಳಂಥ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇ.85 ಮತ್ತು ಶೇ.80 ರಷ್ಟು ಕೊರತೆ ಇದ್ದರೆ, ಅದು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇ.85 ಮತ್ತು ಶೇ.92.5 ಆಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಶೇ.7.5ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಟ್ಟಡವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಇದರಿಂದ ತಿಳಿಯುವುದೇನೆಂದರೆ, ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ ಅಧಿಕವಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತೀವ್ರತೆಯು ಸಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚು ಇದೆ. ಅಂದರೆ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗಿಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸುಮಾರು 47 ಪ್ರಮುಖ ಆಯ್ದ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇವುಗಳನ್ನು ಎರಡು ಭಾಗಗವಾಗಿ ವಿಂಗಡಣೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು, ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳು. ಎರಡು, ಸೇವಾ ಉಪಕರಣಗಳು.

1. ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳು

1. ಕಛೇರಿ ಕಡತ 2. ನೀರು 3. ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ಟ್ಯೂಬ್‌ಲೈಟ್ 4. ಪರೀಕ್ಷಾ ಮೇಜು 5. ಬರೆಯುವ ಮೇಜು 6. ಆರಾಮ ಕುರ್ಚಿ 7. ಮರದ ಸ್ಕ್ರೀನ್ 8. ಫ್ಯಾನ್ 9. ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಂಚ್ 10. ಔಷಧಿಗಳ ಕಪಾಟು 11. ಕಾಲಿನ ಸ್ಟೂಲುಗಳು 12. ನೀರು ಶೇಖರಿಸುವ ಪಾತ್ರೆಗಳು 13. ನೀರು ವಿಲೇವಾರಿ ಪಾತ್ರೆಗಳು 14. ಪೊರಕೆ 15. ಟಾರ್ಚ್‌ಗಳು 16. ಸ್ಟೋವ್/ಒಲೆ 17. ಮಾಹಿತಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಂಪರ್ಕ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಾಗಿವೆ. ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 60 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 20 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 40 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಅಲ್ಲಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ 60 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಛೇರಿ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ತಪಾಸಣೆಗೆ ನೆರವಾಗುವ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ಕೊರತೆ, ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗಗಳ ಕುರಿತಾದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ-5.2ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.2

ಸರಕಾರದ ನಿಯಮ ಪ್ರಕಾರ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳು ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಉಪಕರಣಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಇರಬೇಕಾದ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ					ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ				
		ಇರಬೇಕಾದ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿರುವ ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ	ಕೊರತೆ ಶೇ.	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತವೆ ಶೇ.	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಶೇ.	ಇರಬೇಕಾದ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿರುವ ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ	ಕೊರತೆ ಶೇ	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತವೆ ಶೇ.	ಉಪಯೋಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ
01	ಕಚೇರಿ ಕಡತ	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
02	ವಿದ್ಯುತ್+ಟ್ಯೂಬ್‌ಲೈಟ್	20	60	40	–	60	40	40	60	–	40
03	ಪರೀಕ್ಷಾ ಮೇಜು	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
04	ಬರೆಯುವ ಮೇಜು	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
05	ಆರಾಮ ಕುರ್ಚಿ	20	75	25	75	–	40	100	–	45	55
06	ಮರದ ಸ್ಕ್ರೀನ್	20	90	10	50	40	40	77.5	22.5	32.5	45
07	ಫ್ಯಾನ್	20	100	–	–	100	40	100	–	–	100
08	ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಂಚ್	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
09	ಟಾರ್ಚ್‌ಗಳು	20	0	100	–	–	40	30	70	30	–
10	ಔಷಧಿಗಳ ಕಪಾಟು	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
11	ಕಾಲಿನ ಸ್ಟೂಲ್‌ಗಳು	20	85	15	85	–	40	72.5	27.5	72.5	–
12	ನೀರಿನ ಪಾತ್ರೆಗಳು	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
13	ನೀರು ವಿಲೆ ಪಾತ್ರೆ	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
14	ಪೊರಕೆಗಳು	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
15	ಸ್ಟೆರಿಲೈಸರ್	20	100	–	35	65	40	82.5	17.5	27.5	55
16	ಹೆರಿಗೆ ಸಲಕರಣೆಗಳು	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
17	ಸ್ಟೌವ್/ಒಲೆ	20	85	15	50	35	40	75	25	30	45

ಆಧಾರ: 01. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್‌ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006

02 ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 5.2ರಲ್ಲಿ ನಿಯಮ ಪ್ರಕಾರ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಕಚೇರಿ ಕಡತ, ಔಷಧಗಳ ಕಪಾಟು, ಸ್ಟೆರಿಲೈಸರ್‌ಗಳಂಥ 17ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಶೇ.35ರಷ್ಟು ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಾಕಾಗುವಷ್ಟು ಪೂರೈಕೆಯಾಗದೆ ಕೊರತೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಆದರೆ ಭೌತಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಕುರಿತಂತೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಭಿನ್ನತೆ ಇದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರಾಮ ಕುರ್ಚಿ ಕೊರತೆ ಇದ್ದರೆ, ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮರದ ಸ್ಕ್ರೀನ್‌ಗಳು ಕೊರತೆಯಿದೆ.

ಆದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ವಿದ್ಯುತ್ ಟ್ಯೂಬ್‌ಲೈಟ್‌ಗಳು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಕೊರತೆಯಿದ್ದರೆ, ಅದು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.60ರಷ್ಟು ಆಗಿದೆ. ಅದೇರೀತಿ, ಸ್ಟೌವ್/ಒಲೆಗಳ ಕೊರತೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.15ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಅದು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲಿ ಶೇ.25ರಷ್ಟಾಗಿದೆ. ಟಾರ್ಚ್‌ಗಳು, ಸ್ಟೆರಿಲೈಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಇದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತ, ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇರುವುದುರ ಜೊತೆಗೆ ಅವುಗಳು ಉಪಯೋಗಿಸಲ್ಪಡುವಂತಿರಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ಅವು ಬಳಕೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾಗಿರಬೇಕು. ಹಾಗಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಅವುಗಳ ಲಾಭ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ದೊರೆತಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದುವೇಳೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇದ್ದು, ಅವುಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾಗಿರದಿದ್ದರೆ, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆಗಳು ಋಣಾತ್ಮಕವಾಗಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಬಳಕೆಗೆ ಬರುವಂತಿರಬೇಕು.

ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯ ಕೆಲ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಕೆಲವು ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣದಲ್ಲಿಯ ಕೆಲ ಪ್ರಮಾಣದ ಉಪಕರಣಗಳು ಇದ್ದು, ಅವು ಬಳಕೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ 20 ಫ್ಯಾನ್‌ಗಳಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳು ಯಾವೂ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಅದೇರೀತಿ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ 40 ಫ್ಯಾನ್‌ಗಳಿವೆ. ಆದರೆ ಅವು ಯಾವೂ ಸೇವೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ.

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳು/ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇದ್ದು ಅವು ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಸಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಆರಾಮಕುರ್ಚಿ, ಸ್ಟೆರಿಲೈಸರ್, ಸ್ಟೌವ್/ಒಲೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

ಅಂದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಇರುವ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದಂಥ ಸನ್ನಿವೇಶವೂ ಸಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಭೌತಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇರುವ ಉಪಕರಣಗಳು/ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರದಂಥ ಸ್ಥಿತಿಯೂ ಸಹ ಈ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲೇ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸೇವಾ ಪೂರಕ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುವ ಭೌತಿಕ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪೂರಕ ಉಪಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಬೇಡಿಕೆ, ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ–5.3ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 30 ಸೇವಾ ಪೂರಕ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳು

1. ತೂಕದ ಯಂತ್ರ 2. ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ಉಪಕರಣ 3. ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನೋ ಮೀಟರ್ 4. ಲಸಿಕೆ ಸಾಗಿಸುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ 5. ವಂಕಿ ಕಿಟ್‌ಗಳು 6. ಮಾಡೆಲ್‌ಗಳು 7. ಫ್ಲಿಪ್ ಚಾರ್ಟ್‌ಗಳು 8. ಬೇಸಿನ್ ಕಿಡ್ನಿ 9. ಸ್ಕೇಲ್ ಬಾತ್ ರೂಂಮೆಟ್ರಿಕ್ 10. ಫೋರ್ಸೆಪ್ಸ್ ಟಿಶ್ಯೂ 11. ಫೋರ್ಸಿಪ್ಸ್ ಸ್ಟೆರಿಲೈಸರ್(ಯುಟಿಲಿಟಿ) 12. ಸಿಸರ್ಸ್ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ಸ್ಟ್ರೈಟ್ 13. ಸ್ಪಿಗ್ಮೋಮಾನೋಮೀಟರ್ 14. ಲಿನ್‌ಫ್ಯಾಂಟ್ ಮೆಟ್ರಿಕ್ ಸ್ಕೇಲ್ 15. ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್ ನೀಡಲ್ಸ್ 16. ಸ್ಪೆಕ್ಯುಲಮ್ ವಜಿನಲ್ ಡಬಲ್ ಎಂಡೆಡ್ ಸಿಮ್ 17. ಸ್ಟೆರಿಲೈಸೇಶನ್ ಕಿಟ್ 18. ವ್ಯಾಕ್ಸಿನ್ ಕ್ಯಾರಿಯರ್ 19. ಐಸ್ ಪ್ಯಾಕ್ ಬಾಕ್ಸ್ 20. ಸೂಚರ್ ನೀಡಲ್ಸ್ ಸ್ಟ್ರೈಟ್ 21. ಸೂಚರ್ ನೀಡಲ್ಸ್ ಕರ್ವ್ 22. ಸಿರಿಂಜ್ 23. ಡಿಸ್ಪೋಸಬಲ್ ಗ್ಲೌಸ್ 24. ಮುಕಸ್ ಎಕ್ಸ್‌ಟ್ರ್ಯಾಕ್ಟರ್ 25. ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಥರ್ಮೋಮೀಟರ್ 26. ಕ್ಯಾನ್ ಎನಿಮಾ ವಿತ್ ಟ್ಯೂಬಿಂಗ್ 27. ಸ್ಟೆತಸ್ಕೋಪ್ 28, ಲೀಟರ್ ಅಳತೆ ಜಗ್ 29. ಮಾಹಿತಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು 30. ಬಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳು ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರವಾದ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 5.3ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.3

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಸೇವಾಸೌಲಭ್ಯ ಉಪಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಕೊರತೆಯ ವಿವರ

ಕ್ರ ಸಂ.	ಇರಬೇಕಾದ ಸೇವಾ ಉಪಕರಣಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ					ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ				
		ಇರಬೇಕಾದ ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿರುವ ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ	ಕೊರತೆ ಶೇ.	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತವೆ.ಶೇ.	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ.ಶೇ	ಇರಬೇಕಾದ ಒಟ್ಟುಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿರುವ ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ	ಕೊರತೆ ಶೇ.	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತವೆ.ಶೇ.	ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಶೇ.
01	ತೂಕದ ಯಂತ್ರ	20	55	45	45	10	40	82.5	17.5	47.5	35
02	ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡದ ಉಪಕರಣ	20	75	25	45	30	40	47.5	52.5	22.5	25
03	ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನೋ ಮೀಟರ್ ಸೆಟ್	20	0	100	0	0	40	0	100	0	0
04	ಲಸಿಕೆ ಸಾಗಿಸುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
05	ವಂಕಿ ಕಿಟ್‌ಗಳು	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
06	ಮಾಹಿತಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು	20	100	–	–	100	40	100	–	–	100
07	ಬಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳು	20	60	40	–	–	40	35	65	–	–
08	ಮಾಡಲ್‌ಗಳು	20	0	100	–	–	40	0	100	–	–
09	ಫ್ಲಿಪ್ ಚಾರ್ಟ್‌ಗಳು	20	15	85	15	–	40	27.5	72.5	27.5	–
10	ಬೇಸಿನ್ ಕಿಡ್ನಿ	20	12	80	20	–	40	22.5	77.5	22.5	–
11	ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಟ್ರೈ	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
12	ಫೋರ್ಸ್‌ಪ್ಸ್ ಟಿಶ್ಯೂ	20	0	100	–	–	40	0	100	–	–
13	ಫೋರ್ಸ್‌ಪ್ಸ್ ಸ್ಟೆರಿಲೈಸರ್	20	45	55	45	–	40	57.5	42.5	57.5	–
14	ಸೀಸರ್ಸ್ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ಸ್ಟ್ರೈಟ್	20	100	0	–	–	40	100	–	–	–
15	ಲೀಟರ್ ಅಳತೆ ಮಾಡುವ ಜಗ್	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–

16	ಸ್ಪಿಗ್ಮೋ ಮಾನೋ ಮೀಟರ್	20	25	75	10	15	40	37.5	62.5	15	22.5
17	ಲಿನ್‌ಫ್ಯಾಂಟ್ ಮೆಟ್ರಿಕ್ ಸ್ಕೇಲ್										
18	ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್ ನೀಡಲ್ಸ್	20	–	0	–	–	40	–	–	–	–
19	ಸ್ಪೆಕ್ಯುಲಮ್ ವಜಿನಲ್ ಡಬಲ್ ಎಂಡೆಡ್ ಸಿಮ್	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
20	ಸ್ಟೆರಿಲೈಸೇಶನ್ ಕಿಟ್	20	45	55	15	30	40	40	60	20	20
21	ವ್ಯಾಕ್ಸಿನ್ ಕ್ಯಾರಿಯರ್	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
22	ಐಸ್ ಪ್ಯಾಕ್ ಬಾಕ್ಸ್	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
23	ಸೂಚರ್ ನೀಡಲ್ಸ್ ಸ್ಟ್ರೈಟ್	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
24	ಸೂಚರ್ ನೀಡಲ್ಸ್ ಕರ್ವ್	20	–	0	–	–	40	–	–	–	–
25	ಸಿರಿಂಜ್	20	100	–	100	–	40	10	–	100	–
26	ಡಿಸ್ಪೋಸಬಲ್ ಗ್ಲೌಸ್	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
27	ಮುಕಸ್ ಎಕ್ಸ್‌ಟ್ರ್ಯಾಕ್ಟರ್	20	–	0	–	–	40	–	–	–	–
28	ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಥರ್ಮೋಮೀಟರ್	20	65	35	45	20	40	47.5	52.5	27.5	20
29	ಕ್ಯಾನ್ ಎನಿಮಾ ವಿತ್ ಟ್ಯೂಬಿಂಗ್	20	100	–	100	–	40	100	–	100	–
30	ಸ್ಟೆತೊಸ್ಕೋಪ್	20	65	35	45	20	40	42.5	57.5	22.5	20

ಆಧಾರ: 01. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್‌ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006

02 ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ–5.3ಅನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ 13 ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಇರಬೇದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಆಯ್ದ 30 ಅಂಶಗಳ ಪೈಕಿ 5 ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಆದರೆ ಉಳಿದ 26 ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆಯು, ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಒಂದೇ ಆದರೂ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತೊಂದು ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬಾರದೇ ಇರುವ ಸ್ಥತಿಯು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಒಂದೇ ಆಗಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ತೂಕದ ಯಂತ್ರ, ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಉಪಕರಣ, ಮಾಹಿತಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಾಮಗ್ರಿ, ಸ್ಪಿಗ್ಮೋಮಾನೋ ಮೀಟರ್, ಸ್ಟೆರಿಲೈಸೇಶನ್ ಕಿಟ್, ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಥರ್ಮೋಮೀಟರ್, ಸ್ಟೆತೋಸ್ಕೋಪ್‌ಗಳು ಆಗಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಯೋಗ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇದ್ದು, ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದ ಉಪಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 8 ಆಗಿದ್ದರೆ, ಅದು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 7 ಆಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಆಗದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತೀವ್ರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ(ಶೇಕಡವಾರು) ಸಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ.

ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪೂರೈಕೆಯು ಬೇಡಿಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣದಷ್ಟು ಇಲ್ಲ. ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಗಳ ನಡುವೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅಂತರ/ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಆದರೆ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಾದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅದರ ತೀವ್ರತೆಯೂ ಸಹ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಹೊಸಪೇಟೆಗಿಂತ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಸೌಲಬ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದಲ್ಲದೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಆಗದ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಸಹ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತ ಅಧಿಕ ಇದೆ. ಅಂದರೆ ಈ ತಾಲ್ಲೂಕು, ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆ ಇವೆರಡರ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕಾದ ಔಷಧಗಳ ವಿವರವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 5.4ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.4

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅವಷ್ಯವಿರುವ ಔಷಧ ಮುಂತಾದವುಗಳ ವಿವರ(ಕಿಟ್–1)

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಇರಬೇಕಾದ ಔಷಧಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ					ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ				
		ಒಟ್ಟು ಸಂಖೆ	ಲಭ್ಯವಿದೆ ಶೇ.	ಸಾಲುತ್ತದೆ ಶೇ.	ಸಾಲುತ್ತಿಲ್ಲ ಶೇ.	ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾ ಜಾಗುವುದಿಲ್ಲ.ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿದೆ ಶೇ.	ಸಾಲುತ್ತದೆ ಶೇ.	ಸಾಲುತ್ತಿಲ್ಲ ಶೇ.	ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾ ಜಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಶೇ.
01	ಓ.ಆರ್.ಎಸ್.ಪೊಟ್ಟಣ	20	100	15	85	100	40	100	17.5	82.5	100
02	ಐ.ಎಫ್.ಎ ಗುಳಿಗೆ (ದೊಡ್ಡ) 15000	20	100	20	80	100	40	100	30	70	100
03	ಐ.ಎಫ್.ಎ ಗುಳಿಗೆ (ಚಿಕ್ಕವು)13000	20	100	30	70	100	40	100	30	70	100
04	ವಿಟಮಿನ್ ಎ ದ್ರಾವಣ (6 ಬಾಟಲ್)	20	100	50	50	100	40	100	52.5	47.5	100
05	ಕೊಟ್ರಿಮೊಕ್ಸಜೋಲ್ (ಪೀಡಿಯಾಟ್ರಿಕ್)1000	20	100	30	70	100	40	100	22.5	77.5	100
06	ಜಂಟಮೈಸಿನ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್	20	100	65	35	100	40	100	52.5	47.5	100
07	ಮ್ಯಾಗ್ನೇಸಿಯಮ್ ಸಲ್ಫೇಟ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್	20	100	50	50	100	40	100	100	–	100
08	ಆಕ್ಸಿಟೋಸಿನ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್	20	100	100	–	100	40	100	22.5	77.5	100
09	ಆಂಪಿಸಿಲಿನ್ ಮಾತ್ರೆ	20	100	100	–	100	40	100	67.5	32.5	100
10	ಮ್ಯಾಟ್ರೋನೋರ್ಝೋಲ್ ಮಾತ್ರೆ	20	100	65	35	100	40	100	100	–	100
11	ಮಿಸೊಪ್ರೊಸ್ಟೋಲ್ ಮಾತ್ರೆ	20	100	65	35	100	40	100	52.5	47.5	100

ಆಧಾರ: 01. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್‌ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006

02 ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ-5.4ಅನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವ ಜಲ ದ್ರಾವಣ ತಯಾರಿಕೆ ಓ.ಆರ್.ಎಸ್. ಪೊಟ್ಟಣಗಳು ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎಲ್ಲ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇವುಗಳು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.83.5ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಉಳಿದ ಶೇ.16.5ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಾಗುತ್ತವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಔಷಧಗಳು ಸಾಕಾಗಾಬಹುದು. ಹಾಗೆಯೇ ಇತರೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ನೀಡುವ ಐ.ಎಫ್.ಎ ಮಾತ್ರೆಗಳು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.70ರಷ್ಟು ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ವಿಟಮಿನ್ ಎ ದ್ರಾವಣ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹೇಳಿದರೆ ಉಳಿದ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.52.5ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಾಕಾಗುತ್ತವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರೆ ಉಳಿದ ಶೇ.47.5ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳವರು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಮುಗಿದ ಕೂಡಲೆ ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾಜು ಆಗುತ್ತವೆಯೆ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಜನರು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ರೋಗನಿವಾರಣೆಯ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗಳ ಸರಬರಾಜು ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಆದರೆ ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಎರಡೂ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಈ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು ಮುಗಿದ ಕೂಡಲೆ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತವೆಯೆ? ಎಂದರೆ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇಲ್ಲ ತಡವಾಗಿ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತವೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸರಕಾರಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಮೇಲಿನ ಔಷಧಗಳ ಕೊರತೆ ಪುಷ್ಟಿನೀಡುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸಾಕಾಗುವಷ್ಟು ಔಷಧಗಳ ಸರಬರಾಜು ಆಗದಿದ್ದರೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲೂಕುಗಳ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಇರಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇರುವ ಔಷಧಗಳ ವಿವರ(ಕಿಟ್-1) ಮತ್ತು ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ-5.5ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.5

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಔಷಧ ಮುಂತಾದವುಗಳ ವಿವರ (ಕಿಟ್–2)

ಕ್ರ ಸಂ.	ಇರಬೇಕಾದ ಔಷಧ ಮಾತ್ರೆಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ					ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ				
		ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿದೆ (ಶೇ)	ಸಾಲುತ್ತವೆ(ಶೇ)	ಸಾಲುತ್ತಿಲ್ಲ (ಶೇ.)	ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾಜಾಗುವುದಿಲ್ಲ(ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿದೆ (ಶೇ.)	ಸಾಲುತ್ತವೆ(ಶೇ.)	ಸಾಲುತ್ತಿಲ್ಲ (ಶೇ.)	ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾಜಾಗುವುದಿಲ್ಲ(ಶೇ.)
01	ಮೊಟ್ರೊನಿಡಾಜೋಲ್ 480ಮಾತ್ರೆಗಳು	20	100	100	–	–	40	100	67.5	32.5	100
02	ಪ್ಯಾರಾಸಿಟಮೋಲ್–500 ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ಸ್	20	100	–	100	100	40	100	–	100	100
03	ಮೆಥೈಲೆರ್ಗೋಮೆಟ್ರೈನ್ ಮಾಲೇಟ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
04	ಮೆಮೆಂಡಾಜೋಲ್ ಮಾತ್ರೆಗಳು	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
05	ಡೈಕ್ಲೋಮೈನ್ ಮಾತ್ರೆ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
06	ಆಯಿಂಟ್‌ಮೆಂಟ್ –ಲೋಡೈನ್	20	50	15	85	100	40	35	65	35	100
07	ಸೆಟ್ರಿಮೈಡ್ ಪೌಡರ್	20	65	15	85	100	40	35	65	35	100
08	ಕಾಟನ್ ಬ್ಯಾಂಡೇಜ್	20	65	15	85	100	40	35	65	35	100
09	ಅಬ್ಸಾರ್ಬೆಂಟ್ ಕಾಟನ್	20	65	15	85	100	40	35	65	35	100

ಆಧಾರ: 01. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್‌ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006

02 ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ–5.5ರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ 9 ರೀತಿಯ ವಿವಧ ಮಾತ್ರೆಗಳು, ಕಾಟನ್, ಪೌಡರ್ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಕೋಷ್ಟಕವು ತಿಳಿಸುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸರಬರಾಜಾಗಬೇಕಾದ 09 ಔಷಧಗಳು(ಕಿಟ್–2) ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ನಾಲ್ಕು ಔಷಧಗಳು ಕೊರತೆಯಿವೆ. ಅವುಗಳು ಲೋಡ್ಕೈನ್ ಆಯಿಂಟ್‌ಮೆಂಟ್, ಸೆಟ್ರಿಮೈಡ್ ಪೌಡರ್, ಕಾಟನ್ ಬ್ಯಾಂಡೇಜ್, ಅಬ್ಸಾರ್ವೆಂಟ್ ಕಾಟನ್ ಗಳಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಇವುಗಳ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ. 85ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮೇಲಿನ ನಾಲ್ಕು ಔಷಧಗಳು ಕೊರತೆಯಿದ್ದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.35ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮೇಲಿನ ನಾಲ್ಕು ಔಷಧಗಳು ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಮುಂದುವರೆದ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಿರುವ, ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ.

ಪ್ಯಾರಾಸಿಟಮೋಲ್ ಮಾತ್ರೆಗಳು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಔಷಧ ಮುಗಿದ ಕೂಡಲೆ ಸರಕಾರ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡದಿರುವುದರಿಂದ ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಗಳು ಸಿಲುಕುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿರುತ್ತದೆ. ತಡವಾದಷ್ಟು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶ್ವಾಸ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾದ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಲಸಿಕೆಗಳಾದ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ., ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ., ಒ.ಪಿ.ವಿ.ಗಳು ಮತ್ತು ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗಳಾದ ಮೀಸೆಲ್ಸ್, ಟಿ.ಟಿ ಮತ್ತು ಸಿರಾಫ್, ಹೆರಿಗೆ ಸಲಕರಣೆಗಳು, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಲಕರಣೆಗಳಂಥವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪೂರೈಕೆ, ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಕೊರತೆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 5.6ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.6

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಲಸಿಕೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಗಳು ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರ ಸಂ.	ಇರಬೇಕಾದ ಲಸಿಕಾ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಹೊಸಪೇಟೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ					ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ			
			ಲಭ್ಯವಿದೆ (ಶೇ.)	ಸಾಲುತ್ತವೆ (ಶೇ.)	ಸಾಲುತ್ತಿಲ್ಲ (ಶೇ.)	ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾಜಾಗುವುದಿಲ್ಲ(ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಲಭ್ಯವಿದೆ (ಶೇ.)	ಸಾಲುತ್ತವೆ (ಶೇ.)	ಸಾಲುತ್ತಿಲ್ಲ (ಶೇ.)	ತಕ್ಷಣ ಸರಬರಾಜಾಗುವುದಿಲ್ಲ(ಶೇ.)
01	ಬಿಸಿಜಿ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
02	ಡಿ.ಪಿಟಿ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
03	ಒ.ಪಿ.ವಿ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
04	ಮೀಸೆಲ್ಸ್	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
05	ಡಿ.ಟಿ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
06	ಟಿ.ಟಿ	20	100	100	–		–	100	100	–	–
07	ಹೆಪಟೈಟೀಸ್–ಬಿ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
08	ಕಾಟ್ರಿಮಾಜೋಲ್ ಸಿರಾಫ್	20	65	15	85	100	40	35	65	35	100
09	ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್	20	65	15	85	100	40	35	65	35	100
10	ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ದ್ರಾವಣ	20	50	50	85	100	40	35	65	35	100
11	ಯುರಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
12	ವಿಲೇವಾರಿ ಮಾಡುವ ಹೆರಿಗೆ ಕಿಟ್‌ಗಳು	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–

13	ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸ್ಲೈಡ್‌ಗಳು	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
14	ಥರ್ಮಾಮೀಟರ್	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
15	ಕೈಚೀಲಗಳು	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
16	ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳು (ದೊಡ್ಡ)	20	100	100	–	100	40	100	75	25	100
17	ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳು (ಚಿಕ್ಕ)	20	100	100	–	100	40	100	75	25	100
18	ಎ ಅನ್ನಾಂಗ ದ್ರಾವಣ	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
19	ನಿರೋದ್	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
20	ನುಂಗುವ ಮಾತ್ರೆಗಳು	20	100	100	–	–	40	100	100	–	–
21	ವಂಕಿಗಳು	20	–	–	–	–	40	–	–	–	–
22	ಸಿರಂಜ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಸೂಜಿಗಳು	20	50	15	85	100	40	35	65	35	100

ಆಧಾರ: 1. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್ ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006.

2. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ–5.6ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಲಸಿಕೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಒಟ್ಟು 22 ಸೇವಾ ಪೂರಕ ಔಷಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾನವಾಗಿ ಶೇ.76.5ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಶೇ.23.5ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆ(ಸರಬರಾಜು) ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಯೂರಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸ್ಲೈಡ್ಸ್, ಥರ್ಮಾಮೀಟರ್, ಕೈಚೀಲಗಳು ಮತ್ತು ವಂಕಿ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಸರಬರಾಜು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಸರಬರಾಜಾದ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಪೈಕಿ ಕಾಟ್ರಿಮಾಜೋಲ್ ಸಿರಾಫ್, ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್‌ಗಳು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.15ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಾಲುತ್ತವೆಯಾದರೆ, ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.65ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಾಲುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟು 22ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 04 ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಶೇ.85ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಆದರೆ ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 06 ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.25ರಿಂದ 35ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು: ಈ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ(ಎ.ಎನ್.ಎಂ), ಒಬ್ಬರು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ(ಮಲ್ಟಿಪರ್ಪಸ್ ವರ್ಕರ್) ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ–ಇವರನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಲೇಡಿ ಹೆಲ್ತ್ ವಿಸಿಟರ್(ಎಲ್.ಎಚ್.ವಿ) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಒಬ್ಬರು ಸ್ಥಳೀಯ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು (ಒಟ್ಟು ನಾಲ್ಕು) ಇರಬೇಕೆಂದು ನಿಯಮವಿದೆ(ಆಧಾರ:ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್ ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006). ಆದರೆ ಯಾವ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನಾಲ್ಕು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರವಾದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಮಾಹಿತಿ ಪ್ರಕಾರ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವಿವರವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 5.7ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.7

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಸೇವಾಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರ ಸಂ.	ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವಿವರ	ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು			ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ		
		ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಇದ್ದಾರೆ (ಶೇ.)	ಇಲ್ಲ (ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಇದ್ದಾರೆ (ಶೇ.)	ಇಲ್ಲ (ಶೇ.)
01	ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ(ಎ.ಎನ್.ಎಂ)	20	100	–	40	100	–
02	ಒಬ್ಬರು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ(ಮಲ್ಟಿಪರ್ಪಸ್ ವರ್ಕರ್)	20	100	–	40	2.5	97.5
03	ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ(ಎಲ್.ಎಚ್.ವಿ)	20	–	100	40	–	100
04	ಒಬ್ಬರು ಸ್ಥಳೀಯ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು	20	–	100	40	–	100

ಆಧಾರ: 1. ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಬ್ ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಗೈಡ್ ಲೈನ್ಸ್–2006.

2. ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲಾತಿ ಪುಸ್ತಕದಿಂದ

ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಎಲ್.ಎಚ್.ವಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಕೊರತೆಯು ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಆದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯ ಇರಬೇಕಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ.26ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಇದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಶೇ.64ರಷ್ಟು ಉಪಕೇಂದ್ರ ಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು(ಎ.ಎನ್.ಎಂ) ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಹೊರತು ಇತರ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೂ ಇಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹೆಚ್ಚು ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಸ್ಥಿತಿಯು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಸ್ಥಿತಿಗಿಂತಲೂ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ.

5.2.2. ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು:

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇರಬೇಕಾದುದು ಎಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವೋ, ಅಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಿಗುವುದು ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯ. ಅಗತ್ಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಿಗದಿದ್ದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರವಿದ್ದು ಪ್ರಯೋಜನವಾಗದು. ರೋಗಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಔಷದೋಪಚಾರ ಸಿಗದಿದ್ದರೆ ಜೀವಕ್ಕೆ ಗಂಡಾಂತರ ಒದಗಬಹುದು. ಹಾಗಾಗಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವಾಸೌಲಭ್ಯ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈಗಿರುವ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಗ್ರಾಮದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿರುತ್ತದೆ. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವಿಕೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಉಪಚಾರದ ವೇಳೆಗೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ವಾಂತಿ, ಭೇದಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಜ್ವರ, ನೆಗಡಿ, ಮೈಕೈನೋವು, ಸುಸ್ತು ಮುಂತಾದ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಉಪಚರಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷವಾದ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸವ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಎಚ್ಚರಿಕೆಗಳು ಎಂದು ಮೂರು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಂಡು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

1. ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸೇವೆಗಳು:

ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಇವುಗಳು ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಭ್ರೂಣದ ಹಾರೈಕೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ಸಲ ಧನುರ್ವಾಯು ವಿರುದ್ಧದ ಟಿ.ಟಿ. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ಸೇವೆ, ಕನಿಷ್ಠ ನಾಲ್ಕು ಬಾರಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ತಪಾಸಣೆ– ಅವುಗಳು ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಉದರ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎತ್ತರ ಮತ್ತು ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಗಳಾಗಿವೆ. ಅಗತ್ಯ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಪೂರೈಕೆ, ಟಿಟಾನಸ್ ಮತ್ತು ಟಾಕ್ಸಾಯಿಡ್ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಸೇವೆ ಹಾಗೂ ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್, ಮೂತ್ರ, ಆಲ್ಬಮೆನ್ ಮತ್ತು ಸಕ್ಕರೆ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಜತೆಗೆ ಗಂಡಾಂತರ ಗರ್ಭಿಣಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಹಾಗೂ ನಂತರದ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆ ಸೇವೆಗೆ ಕರೆದೊಯ್ಯುವ ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಇವುಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸೇವೆಯನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

2. ಪ್ರಸವ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು:

ಪ್ರಸವ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತವೆ. ಪ್ರಸವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ಮತ್ತು ಶುಚಿತ್ವಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಪಂಚಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಅಂದರೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಚ್ಛವಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದು. ಕೈಗಳನ್ನು ಶುದ್ಧವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು. ಮಗುವಿನ ಹೊಕ್ಕಳುಬಳ್ಳಿ ಕತ್ತರಿಸಲು ಹೊಸ ಬ್ಲೇಡನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು, ಶುದ್ಧದಾರವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು, ಹೊಕ್ಕಳು ಬಳ್ಳಿಗೆ ಏನನ್ನು ಹಚ್ಚದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆವಹಿಸುವುದು ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ. ಪೊರೆ ಹರಿಯುವಿಕೆ, ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಕಂಡುಬಂದರೆ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸೇವೆ ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ.

3. ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು:

ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಅರ್ಧಗಂಟೆಯೊಳಗಾಗಿ ಮಗುವಿಗೆ ಸ್ತನ್ಯಪಾನ ಮಾಡಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಸ್ವಚ್ಚತೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಾಧನಗಳು, ನವಜಾತ ಶೀಶುವಿನ ಅವಶ್ಯಕ ಎಚ್ಚರಿಕೆ, ಶಿಶು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಎಸ್.ಟಿ.ಐ(ಸೆಕ್ಸ್ಯುಅಲಿ ಟ್ರ್ಯಾನ್ಸ್‌ಮಿಟೆಡ್ ಇನ್‌ಫೆಕ್ಷನ್)/ಆರ್.ಟಿ.ಐ (ರೀಪ್ರೊಡೆಕ್ಟಿವ್ ಟ್ರ್ಯಾಕ್ಟ್ ಇನ್‌ಫೆಕ್ಷನ್) ಮತ್ತು ಎಚ್.ಐ.ವಿ(ಹ್ಯೂಮನ್ ಇಮ್ಯುನೋ ಡಿಫಿಸಿಯನ್ಸಿ ವೈರಸ್)/ಏಡ್ಸ್ (ಅಕ್ವೈರ್ಡ್ ಇಮ್ಯುನೋ ಡಿಫಿಸಿಯನ್ಸಿ ಸಿಂಡ್ರೋಂ)ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆಗಳು ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತವೆ.

ತಾಯಿ ಮತು ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಗೆ ಮೇಲಿನ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರಗಳು ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲೇ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಸರಕಾರ ನಿರ್ಧರಿಸಿದೆ. ಆದರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಮೇಲಿನ ಅನೇಕ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿದ್ದಂತೆ ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಕರ್ತವ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಹಿತಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತರಬೇತಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸರಕಾರ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಇರಬೇಕಾದ ಔಷಧ ಮತ್ತು ಉಪಕರಣಗಳ ಪಟ್ಟಿ ಹಿಡಿದು ಈ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿ ಎಂದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಪಕರಣಗಳ ಪರಿಚಯವೇ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೆಲವು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಮತ್ತೆಲ್ಲವೂ ಹುಡುಕಾಟವಾಗಿತ್ತೇ ವಿನಾ ಇಲ್ಲಿದೆ ಎಂದು ತೋರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಯಿತು. ಇದಕ್ಕೆ ಅವರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಕೊರತೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಬಹುಪಾಲು (ಶೇ.57)ಪಿಯುಸಿ. ಕೆಲವರು ಮಾತ್ರ (ಶೇ.15)ಡಿಗ್ರಿ ಆಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಶೇ.28ರಷ್ಟು ಜನರು ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಪಾಸಾದವರು ಇದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ಕೆಲಸಕ್ಕೂ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಸಮರ್ಪಕ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಹೊಂದಿದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ, ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಹಾರೈಕೆಗೆ ಪ್ರೇರಣೆ, ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಅಥವಾ ವಿಟಮಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಸೇವನೆಯ ಉಪಯೋಗ, ತಾಯಿ–ಮಗುವಿನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಶುಚಿತ್ವಕ್ಕೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಗಮನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ, ಅಂತರದ ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಇನ್ನಿತರೆ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲಸಿಕಾ ನಿಯಮವನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲಸಿಕಾ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 5.8ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.8

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲಸಿಕಾ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿ– ಯಾವ ಲಸಿಕೆ, ಯಾರಿಗೆ, ಯಾವಾಗ, ಹೇಗೆ ನೀಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಯಾವರೋಗಕ್ಕೆ ಎಂಬ ವಿವರ

ಲಸಿಕೆ	ಯಾರಿಗೆ?	ಯಾವಾಗ?	ಹೇಗೆ?	ಯಾವ ರೋಗಕ್ಕೆ
ಧನುರ್ವಾಯು ನಿರೋಧಕ ಟಿ.ಟಿ ಲಸಿಕೆ	ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗೆ	ಗರ್ಭಿಣಿ ಎಂದು ತಿಳಿದ ಕೂಡಲೆ	0.5ಸಿ.ಸಿ ಮಾಂಸಖಂಡಕ್ಕೆ ಕೊಡಬೇಕು	ಧನುರ್ವಾಯ
ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ	ಮಗುವಿಗೆ	ಹುಟ್ಟಿದ ಕೂಡಲೆ ಅಥವಾ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ	0.1ಸಿ.ಸಿ. ಚರ್ಮದೊಳಕ್ಕೆ ಕೊಡಬೇಕು	ಬಾಲಕ್ಷಯ
ಟ್ರಿಪಲ್ ಆಂಟಿಜನ್	ಮಗುವಿಗೆ	11/2, 21/2, 31/2, ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ 3ಸಲ ಕೊಡಬೇಕು	0.5 ಸಿ.ಸಿ. ಮಾಂಸಖಂಡಕ್ಕೆ	ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು
ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ	ಮಗುವಿಗೆ	11/2, 21/2, 31/2, ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ 3ಸಲ ಕೊಡಬೇಕು	2ತೊಟ್ಟು ಬಾಯಿಗೆ ಹಾಕಿ ಕುಡಿಸಬೇಕು	ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು
ದಡಾರ ಲಸಿಕೆ	ಮಗುವಿಗೆ	9ರಿಂದ 12 ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಲ ಕೊಡಬೇಕು	0.5ಸಿ.ಸಿ. ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗೆ	ರಾತ್ರಿಕುರುಡು ತಡೆಗಟ್ಟಲು
ಟ್ರಿಪಲ್ ಆಂಟಿಜನ್ ಮತ್ತು ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ (ಪ್ರಚೋದಕ ಅಥವಾ ಬೂಸ್ಟರ್ ಡೋಸ್)	ಮಗುವಿಗೆ	11/2 ವರ್ಷ) 16ರಿಂದ 24 (ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ	0.5ಸಿ.ಸಿ. ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ 2ತೊಟ್ಟು	ಗಂಟಲು ಮಾರಿ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು ಧನುರ್ವಾಯು
ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ ಲಸಿಕೆ (ಪ್ರಚೋದಕ ಅಥವಾ ಬೂಸ್ಟರ್ ಲಸಿಕೆ)	ಮಗುವಿಗೆ	5ರಿಂದ 6ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ	0.5 ಸಿ.ಸಿ ಮಾಂಸಖಂಡದೊಳಕ್ಕೆ	ಗಂಟಲು ಮಾರಿ, ಧನುರ್ವಾಯು
ಟಿ.ಟಿ.ಲಸಿಕೆ (ಧನುರ್ವಾಯು ನಿರೋಧಕ)	ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ	10ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ	0.5 ಸಿ.ಸಿ ಮಾಂಸಖಂಡದೊಳಕ್ಕೆ	ಧನುರ್ವಾಯು
ಟಿ.ಟಿ.ಲಸಿಕೆ (ಧನುರ್ವಾಯು ನಿರೋಧಕ)	ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ	16ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ	0.5 ಸಿ.ಸಿ ಮಾಂಸಖಂಡದೊಳಕ್ಕೆ	ಧನುರ್ವಾಯು

ಆಧಾರ : ಆರೋಗ್ಯ ಕೈಪಿಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು–2006

5.3: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷೆ ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಿಣಿ, ಬಾಣಂತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಹಾರೈಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೀಡುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿವೆ. ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಸೂತಿಗಳು ಇಲ್ಲಿ ನೆರವೇರುತ್ತವೆ. ಅಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಸರ್ವರೋಗೋಪಚಾರಕ ಮತ್ತು ರೋಗನಿವಾರಕ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿವೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಸೇವೆಗಳು ಇಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತವೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

1. ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಒಳರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆ. ದಿನದ 24 ಘಂಟೆಗಳ ತುರ್ತುಸೇವೆ
2. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೇವೆಗಳು
3. ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸೇವೆಗಳು
4. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾಸೇವೆಗಳು
5. ಜನನಾಂಗ ಸೋಂಕುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

1. ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಒಳರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆ ಹಾಗೂ ದಿನದ 24 ಘಂಟೆಗಳ ತುರ್ತುಸೇಗಳು:

ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬಂದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮೊದಲು ದಾಖಲಾತಿ ಪುಸ್ತಿಕೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಿಕೊಂಡು ಅಗತ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷೆನೀಡಿ ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುವುದನ್ನು ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಇಲ್ಲವೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಬ್ಸರ್ವೇಶನ್ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಹೆಚ್ಚು ನಿತ್ರಾಣಗೊಂಡು ಡಿಹೈಡ್ರೇಶನ್ ಅಥವಾ ವಿಶಪ್ರಾಶಾಸನ ಮಾಡಿದಾಗ, ಇಲ್ಲವೇ ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದ ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ನಂತಹ ಹಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಔಷಧಿ ನೀಡಿ ಅಬ್ಸರ್ವೇಶನ್ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದಾಗ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರಿಸಿಕೊಂಡು ಉಪಚರಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳರೋಗಿ ಸೇವೆಯೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ.

2009ರ ಡಿಸೆಂಬರ್ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಆಯ್ದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ದಿನದ 24ಗಂಟೆಗಳೂ ಸೇವೆನೀಡಬೇಕೆಂದು ಸರಕಾರ ಆದೇಶನೀಡಿ ಅದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಮಾನವ ಸವಲತ್ತು ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸವಲತ್ತು ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಸಿಗುವ ಖಾತರಿಯಾದಂತಾಗಿದೆ.

2. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೇವೆಗಳು: ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿಯೂ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳ ಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈ ಹಿಂದಿನ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

3. ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸೇವೆಗಳು:

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ, 2005ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಕಡುಬಡವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚಗಳು ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಭರಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಸಹಾಯಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ. 2005 ಏಪ್ರಿಲ್ 1ರ ನಂತರ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ (BPL ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ) ಹೆರಿಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ರೂ.500/– ಸಹಾಯಧನ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ.700/– ಸಹಾಯಧನವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೀದರ್, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಭತ್ಯೆಗೆಂದು ರೂ.200/– ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡಾಂತರ ಹೆರಿಗೆ (ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ) ಮಾಡಿಸಲು ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ.1500/– ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಉದರದರ್ಶಕ ಅಥವಾ ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅವರಿಗೆ ರೂ.175/– ಸಹಾಯ ಧನ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವಾರದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಅಗತ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದ್ದರೆ, ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯ ಮೂಲಕ ವಾಹನ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ರೂ.200/– ಧನಸಹಾಯ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

4. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸೇವೆಗಳು:

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿ ಅಧಿಕೃತ ಸರಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ ಪ್ರಥಮ ರಾಷ್ಟ್ರವೆಂಬ ಕೀರ್ತಿ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸಂದಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು 1977ರಲ್ಲಿ 'ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ'ವೆಂದು ಪರಿವರ್ತಿಸಲಾಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಎಲ್ಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪರ ಇಲಾಖೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ಅದರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯೊಂದಿಗೆ ಭಾರತೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಂಘವು ಸಹಕರಿಸುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವ ಇತರ ಸ್ವಯಂ-ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಒಕ್ಕೂಟವನ್ನು ರಚಿಸಿ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸಲು ಸದರಿ ಸಂಸ್ಥೆ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಿಂದಲೂ ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ-ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಭೆ-ಸಮ್ಮೇಳನಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ಯೋಗ್ಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುವ ಮಾತ್ರ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಭಾರತೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಂಘ ತನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ, ಮಕ್ಕಳ ನಡುವಣ ಅಂತರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಯಾವ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಬೇಕೆಂಬ ಅರಿವನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮೂಡಿಸುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕ ಸಂಗತಿಗಳು, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳು, ಗರ್ಭವನ್ನು ತಡೆಯುವ ಇನ್ನಿತರ ಸಾಧನಗಳ ಬಳಕೆಯ ಅರಿವು ಮೊದಲಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಗರ್ಭತಡೆಯಲು ಎರಡು ವಿಧಾನಗಳಿವೆ. ಅವು, 01. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು.,02. ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳು.

1. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು:- ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳು, ಡಯಾಫ್ರಮ್ ಮತ್ತು ಜೆಲ್ಲಿ, ನೊರೆಗುಳಿಗೆಗಳು, ವಂಕಿ (ಕಾಪರ್-ಟಿ), ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ನಿರೋದ್ ಮುಂತಾದ ಸೇವೆಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ

2. ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು:- ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯನ್ನು ತಡೆಯಲು ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆಗಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ಪಾಲಿಸಲು ಬಳಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ನುಂಗುವ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಸಹ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಳಿಗೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವಾಗ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು? ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದನ್ನು ಮರೆತರೆ ಏನು ಮಾಡಬೇಕು ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದರಿಂದ ಏನಾದರೂ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಿವೆಯೆ? ಮತ್ತು ಈ ಗುಳಿಗೆಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ ಹೇಗೆ ಸೇವಿಸಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಮಾಹಿತಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ.

'ಡಯಾಫ್ರಮ್' ಮತ್ತು 'ಜೆಲ್ಲಿ'ಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ

ಡಯಾಫ್ರಮ್ ಎಂದರೆ ರಬ್ಬರ್ ಚೀಲ. ಅದು ಸ್ತ್ರೀಯರು ಬಳಸುವಂಥ ಒಂದು ಸಾಧನ. ಸಂಭೋಗಕ್ಕೆ ಮುನ್ನ ಮಹಿಳೆ ಡಯಾಫ್ರಮ್‌ನ್ನು ಯೋನಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಒಂದು ವಿಧಾನ. ಜೆಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾದ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ. ಪೇಸ್ಟ್‌ನಂತಿರುವ ಜೆಲ್ಲಿಯನ್ನು ಸಂಭೋಗಕ್ಕೆ ಮುನ್ನ ಯೋನಿಯಲ್ಲಿ ಲೇಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವಿದಾನ ವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಇದನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳದಿರುವುದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳು (ವಂಕಿ)

ಮಹಿಳೆಯರು ಅನುಸರಿಸಬಹುದಾದ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹಾಗೂ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ವಂಕಿ ಅಥವಾ ಕಾಪರ್-ಟಿಯೂ ಒಂದು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ವರದಾನದಂತಾಗಿರುವ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ 'ವಂಕಿ'ಯು 1929ರಲ್ಲಿ 'ಗ್ರಾಫೆನ್‌ಬರ್ಗ್' ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸಿದ ತೆಳು ಬೆಳ್ಳಿ ತಂತಿಯ ಉಂಗುರ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಮಾಡಬಲ್ಲದೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿದ." ಅನಂತರ ಅಮೇರಿಕಾ, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಇಂಡೋನೇಶಿಯಾ ಮತ್ತು ಜಪಾನ್‌ಗಳಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರು ವಂಕಿಯಂತಹ ಈ ಸಾಧನವನ್ನು ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸಿದಾಗ ಅದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಗರ್ಭನಿರೋಧವನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಿದರು. 1960 ನಂತರ ವೈದ್ಯರು ವಂಕಿ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತುಂಬಾ ಆಸಕ್ತರಾಗಿ ಅದರ ವ್ಯಾಪಕ ಬಳಕೆಗೆ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಿದರು. 1965ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಇದು ಭಾರತದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಿ, ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಸಾಧನವಾಗಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. 1970ರ ಕೊನೆಯ ಹೊತ್ತಿಗೆ ವಂಕಿ ಅಳವಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು 'ಕಾಪರ್-ಟಿ' ಎನ್ನುವ ಹೊಸ ವಿಧಾನವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿದರು. ತಾಮ್ರ ಲೋಹದಲ್ಲಿ ಫಲವತ್ತತೆ ವಿಫಲಗೊಳಿಸುವ ಗುಣ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಯಿತು.

ಪುರುಷರ ನಿರೋಧ್

ಮಗುವನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಅಥವಾ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಸೂಕ್ತ ಅಂತರ ಕಾಪಾಡಲು ಪುರುಷರು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನವಾಗಿ ನಿರೋಧ್ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿವೆ. ಇದರಿಂದ ಪದೇ ಪದೇ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಿಂದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಡುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಇದೊಂದು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ನಿರೋದ್ ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಏಡ್ಸ್‌ನಂತಹ ಮಾರಕ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೆನ್ನುವ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಸೇವೆಯಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಲ್ಲಿ, ಅಂಗನವಾಡಿಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೋಧ್‌ಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ.

ಮಹಿಳೆಯರ ನಿರೋಧ್ (ಕಾಂಡೋಮ್)

ಮಹಿಳೆಯರ ನಿರೋಧ್ ಕಾಂಡೋಮ್‌ನ್ನು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಪುರುಷರ ಶಿಶ್ನಚೀಲದಂತೆಯೇ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀಯ ಯೋನಿಯ ಹಜಾರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಮಹಿಳೆಯೇ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ತನಗೆ ಬೇಕೆನಿಸಿದಾಗ ಈ ನಿರೋಧ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವ ಶಕ್ತಿಯಿರುವುದರಿಂದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತರಾಗಿರಲು ಇದನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು. ಯಾವ ಮಹಿಳೆಯಾದರೂ, ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆ ಇದ್ದರೂ ಇದನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು.

ಸಂತಾನಹರಣದ ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ

ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ ಇನ್ನು ಮಕ್ಕಳು ಬೇಡವೆಂದು ದಂಪತಿಗಳು ನಿರ್ಧರಿಸಿದಾಗ ಸಂತಾನಹರಣದ ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬಹುದು ಹಾಗೆ ಅನುಸರಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಾದರೆ ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನವನ್ನು, ಪುರುಷರಾದರೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನ ಸೇವೆಯು ಲಭ್ಯ.

5. ಜನನಾಂಗ ಸೋಂಕುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ: ಜನನಾಂಗದಲ್ಲಿ ನಾನಾಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ರೋಗಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಸೋಂಕುರೋಗವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡುಬರುವುದು ಎಚ್.ಐ.ವಿ/ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗ. ಈ ರೋಗ ಮಾರಣಾಂತಿಕರೋಗವಾಗಿದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ವೈರಸ್ ಅನೇಕ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ಸುಮ್ಮನೆ ಇದ್ದು ಆ ನಂತರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಸೋಂಕು ಹೊಂದಿದ ಅನೇಕರು ಯಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ರೋಗವಾಹಕರಾಗಿ ಅದರ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಾರೆ. 1986ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲು ಮದ್ರಾಸ್‌ನ ವಿ.ಎಮ್.ಸಿ, ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ನಂತರ 1987ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ 'ಎಚ್.ಐ.ವಿ' ಪ್ರಕರಣ ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ವರದಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಯುವತಿಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಬಹಳ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತ ಸೇವೆಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ತಗಲಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಸುಮಾರು 5 ಲಕ್ಷ ಎಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.(ಕ.ಮಾ.ಅ.ವರದಿ-2005) ಅವರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ

ನೀಡುವ ಕಣ ಕೋಶಗಳಾದ ಸಿಡಿ 4 ಕೋಶಗಳು 200ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆಗದಂತೆ ಹಾಗೂ 200ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆದವರಲ್ಲಿ ಆ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಸೋಂಕಿತರು ಇತರ ಸಮಯ ಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗದಂತೆ ಅವರ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಔಷಧ ನೀಡಿಕೆ. ಮಾನಸಿಕ ಸಿದ್ಧತೆಗೆ ಅವರನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಇವು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆ (ನ್ಯಾಕೊ) ಮತ್ತು ಅದರ ರಾಜ್ಯಶಾಖೆಗಳಾದ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್‌ಷನ್ ಸೊಸೈಟಿಗಳು ಹತ್ತು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಏರುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆಗೆ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಸೌಲಭ್ಯ, ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆ, ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ಸೋಂಕು ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಕ್ರಮ, ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಸಮಾಲೋಚಕರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಹಾಗೂ ಸಮಯಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿನ ನಿಭಾವಣೆ, ಆರೈಕೆ ಹೀಗೆ ಸೋಂಕು ಪೀಡಿತರ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಲು ಸರ್ಕಾರ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಇದೆಲ್ಲದರ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟು ಹಾಕಿರುವಂತ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕಲು ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆಂದು ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಅದರ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಹೇಗೆ ತಗಲುತ್ತದೆ, ರೋಗ ಹರಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳಾವುವು? ಸೋಂಕು ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ಹೇಗೆ? ಮೊದಲಾದ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹಳ್ಳಿಯ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗೂ ಹೋಗಿ ಅವರದೇ ಆಡುಮಾತಿನ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಸರ್ಕಾರವು ಜಾನಪದ ತಂಡಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ದೂರದರ್ಶನ, ರೇಡಿಯೋಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಕುರಿತು ಚರ್ಚೆ, ಸಂವಾದ, ನಾಟಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಬಿತ್ತಿ ಚಿತ್ರಗಳು, ಕರಪತ್ರಗಳು, ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ಜಾಹೀರಾತು ಫಲಕಗಳು, ರ್‍ಯಾಲಿಗಳು, ವಿದ್ಯಾಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ರಸಪ್ರಶ್ನೆ ಹೀಗೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮೂಲಕ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಾ ಸಮಿತಿ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಆಯಾ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪಂಚಾಯತಿ ಚುನಾಯಿತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿಗಳಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಾ

ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಈ ರಕ್ಷಾ ಸಮಿತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ದೈನಂದಿನ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ವ್ಯವಹಾರಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ವಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ, ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆಗಾಗಿ ರೂ.25,000/– ಮುಕ್ತನಿಧಿಯಾಗಿ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸುಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ತಲಾ ರೂ.50,000/ –ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಶೌಚಾಲಯ, ಅವುಗಳ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿರಬೇಕು. ಇದಲ್ಲದೇ ಪ್ರತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಈಗ ಇರುವ ಒಬ್ಬ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ 3ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ನೇಮಕಾತಿ, ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯರು, (ಒಬ್ಬ ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆ) ಹಾಗೂ ಒಬ್ಬ ಆಯುಷ್ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಿ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲಾಗುವುದಾಗಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವಿವರ

ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೇವೆಗಳು ಬಹಳ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಇದು ಒಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿ 30ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು(ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ1 ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ2) ಐವರು ಸಮಾಜ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಶುಶ್ರೂಷಕರು, ನಾಲ್ಕುಮಂದಿ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು, ನಾಲ್ಕುಮಂದಿ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರು ಇಬ್ಬರು ನೈರ್ಮಲ್ಯನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಪರೀಕ್ಷಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಇಬ್ಬರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು, ಇಬ್ಬರು ಗುಮಾಸ್ತರು, ಒಬ್ಬ ಮೇಸ್ತ್ರಿ(ಮ್ಯಾನೇಜರ), ಒಬ್ಬ ಔಷಧ ವ್ಯಾಪಾರಿ, ಮತ್ತು ಹದಿನೈದು ಜನ ಕೆಳದರ್ಜೆ ನೌಕರರು ಇರಬೇಕು (ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಮುದಾಯದ ಅಗತ್ಯಗಳ ನಿಗದಿ ವಿಧಾನ ಕೈಪಿಡಿ–1998, ಇಂಡಿಯನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಸ್–2006). ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಒಳಪಡುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವಿವರವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ–5.9ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.9

ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಒಳಪಡುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವಿವರ	ಮುರಿಯಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ	ಗಾದಿಗನೂರು	ಕಮಲಾಪುರ	ಕಂಪ್ಲಿ	ದೇವಸಮುದ್ರ	ಶ್ರೀರಾಮ ರಂಗಾಪುರ	ಚಿತ್ತವಾಡಗಿ
01	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ–1	01	01	–	01	01	01	01
02	ವೈದಾಧಿಕಾರಿ–2	–	–	–	–	–	–	–
03	ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ	–	–	01	–	–	–	–
04	ದಂತವೈದ್ಯ	–	–	–	–	–	–	–
05	ಶುಶ್ರೂಷಕಿ/ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿ	01	01	01	01	–	–	–
06	ಔಷಧಿ ವಿತರಕರು(ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್)	01	01	01	01	01	01	01
07	ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಜ್ಞ/ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಸಹಾಯಕ	–	01	01	01	01	01	01
08	ರೇಡಿಯೋ ಗ್ರಾಫರ್	01	–	–	–	–	–	–
09	ಗಣಕ ತಜ್ಞರು	01	–	–	–	–	–	–
10	ಮಲೇರಿಯಾ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರು	–	–	–	–	–	–	–
11	ಕ್ಷೇತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರು	01	–	–	–	–	–	–
12	ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ	–	–	–	–	–	–	–
13	ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಶಕಿ	–	–	–	–	–	–	–
14	ವಾಹನ ಚಾಲಕ	01	–	01	01	–	–	–
15	ವಿವಿದೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯ ಕರ್ತರು–ಪುರುಷ	01	01	01	01	01	01	01
16	ವಿವಿದೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯ ಕರ್ತರು–ಮಹಿಳೆ	01	01	01	01	01	01	01
17	ಡಿ ದರ್ಜೆ ನೌಕರರು	02	02	03	03	02	02	03
18	ಸ್ಟಾಫ್ ನರ್ಸ್(ಎನ್.ಆರ್. ಎಚ್.ಎಂ)	03	03	03	03	03	03	03

ಆಧಾರ : ಆರೋಗ್ಯ ಕೈಪಿಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು–2006

ಕೋಷ್ಟಕ–5.10

ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಒಳಪಡುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವಿವರ	ಕೊಟ್ಟೂರು	ತೂಲಹಳ್ಳಿ	ಉಪ್ಪಿನ	ಹೊಸಹಳ್ಳಿ	ಹುದೇಂ	ಬೆಳ್ಳಗಟ್ಟ	ಗುಡೆಕೋಟೆ	ತಿಮ್ಮಲಾಪುರ
01	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ–1	–	–	01	01	01	01	01	01
02	ವೈದಾಧಿಕಾರಿ–2	–	–	–	–	–	–	–	–
03	ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ	01	01	–	–	–	–	–	–
04	ದಂತವೈದ್ಯ	–	–	01	–	–	–	–	–
05	ಶುಶ್ರೂಷಕಿ/ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿ	01	01	01	01	01	01	01	01
06	ಔಷಧಿ ವಿತರಕರು(ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್)	01	01	01	01	01	01	01	01
07	ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಜ್ಞ/ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಸಹಾಯಕ	01	01	01	01	01	01	01	01
08	ರೇಡಿಯೋ ಗ್ರಾಫರ್	01	–	01	–	–	–	–	–
09	ಗಣಕ ತಜ್ಞರು	–	–	–	–	–	–	–	–
10	ಮಲೇರಿಯಾ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರು	–	–	–	–	–	–	–	–
11	ಕ್ಷೇತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರು	01	–	01	–	–	–	01	–
12	ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ	01	01	01	01	01	–	01	01
13	ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಶಕಿ	01	–	–	–	–	–	01	–
14	ವಾಹನ ಚಾಲಕ	01	–	–	–	–	–	01	–
15	ವಿವಿದೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯ ಕರ್ತರು–ಪುರುಷ	01	01	–	01	01	01	01	01
16	ವಿವಿದೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯ ಕರ್ತರು–ಮಹಿಳೆ	01	01	01	01	01	01	01	01
17	ಡಿ ದರ್ಜೆ ನೌಕರರು	01	01	01	01	01	01	01	01
18	ಸ್ಟಾಫ್ ನರ್ಸ್(ಎನ್.ಆರ್. ಎಚ್.ಎಂ)	03	03	03	03	03	03	03	03

ಆಧಾರ : ಆರೋಗ್ಯ ಕೈಪಿಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು–2006

ಕೋಷ್ಟಕ 5.9 ಮತ್ತು 5.10ಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗಬೇಕಾದ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಯಂತ್ರ, ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಉಪಕರಣಗಳಂತಹ ಕನಿಷ್ಟ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕೊರತೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವುದಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ಲ್ಯಾಬರೇಟರಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ರಕ್ತದ ಬುಂಪುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ವರ್ಗೀಕರಿಸುವ ಪರಿಕರಗಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈಗ ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಕೊಳ್ಳಲು ಹಣ ಬಿಡುಗಡೆಮಾಡಲು ಅವಕಾಶವಿದ್ದು, ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಸ್ತಾವದೊಂದಿಗೆ ಕಡತ ಮಂಡಿಸಿದರೆ ಹಣ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಾಗಲೀ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಾಗಲೀ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಯಂತ್ರಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ.

ರೋಗ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಮತ್ತೊಂದು ಅಗತ್ಯ ಉಪಕರಣವೆಂದರೆ 'ಕ್ಷ' ಕಿರಣ ಯಂತ್ರ. ಈ ಯಂತ್ರ ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 8 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪೈಕಿ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ(ಕೊಟ್ಟೂರು) ಮಾತ್ರ ಇರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಯಾವುದೇ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷ-ಕಿರಣದ ಸೌಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಉಳಿದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಉಪಕರಣಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಇದನ್ನು ಬಳಕೆ ಮಾಡಲು ವೈದ್ಯರ ಲಭ್ಯತೆಯ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಆಯುರ್ವೇದಿಕ್ ವೈದ್ಯರು, ಆರ್.ಎಂ.ಪಿ.ವೈದ್ಯರುಗಳು ಇದ್ದಾರೆ. ಇವರಿಗೆ ಅಲೋಪತಿಕ್ ಉಪಕರಣಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅನುಭವವಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಉಪಕರಣಗಳು ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅದೇರೀತಿ ಉಪಕರಣಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ (ಮೇಂಟಿನೆನ್ಸ್) ಇಲ್ಲದೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಾಳಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರತಿ 20ಸಾವಿರದಿಂದ 30ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಇರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಉಪಕರಣಗಳ ವಿವರವನ್ನು (ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ) ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 5.11ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾದೆ. ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮುಖವಾದ 25 ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಇರಬೇಕಾದ ಉಪಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಕೊರತೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಉಪಕರಣಗಳ ಪೈಕಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವವು ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯಾಗದ ಉಪಕರಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–5.11

ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಒಳಪಡುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಉಪಕರಣಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ					ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ				
		ಇರಬೇಕಾದ ಸಂಖ್ಯೆ	ಇರುವವು (ಶೇ.)	ಕೊರತೆ (ಶೇ.)	ಬಳಕೆಯಾ ಗುತ್ತಿವೆ(ಶೇ.)	ಬಳಕೆಯಾ ಗುತ್ತಿಲ್ಲ(ಶೇ.)	ಇರಬೇಕಾದ ಸಂಖ್ಯೆ	ಇರುವವು (ಶೇ.)	ಕೊರತೆ (ಶೇ.)	ಬಳಕೆಯಾ ಗುತ್ತಿವೆ(ಶೇ.)	ಬಳಕೆಯಾ ಗುತ್ತಿಲ್ಲ(ಶೇ.)
01	ವಾಹನ	07	03	04	03	–	08				
02	ರೆಫ್ರಿಜರೇಟರ್	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
03	ಐಸ್ ಲೈನ್ಡ್ ರೆಫ್ರಿಜರೇಟರ್	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
04	ಡೀಪ್ ಫ್ರೀಜರ್	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
05	ಶೀತಲ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
06	ಲಸಿಕೆ/ ಡೇ ಕ್ಯಾರಿಯರ್	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
07	'ಕ್ಷ' ಕಿರಣಯಂತ್ರ	07	–	07	–	–	08	01	07	01	–
08	ವಂಕಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
09	ಪರೀಕ್ಷಾ ಮೇಜು	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
10	ತೂಕದ ಯಂತ್ರ(ಶಿಶುಗಳ)	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
11	ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ಉಪಕರಣ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
12	ಸ್ಟೆಥೋಸ್ಕೋಪ್	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
13	ಸೂಜಿಗಳು	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–

14	ಸಿರಂಜ್‌ಗಳು	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
15	ಆಟೋಕ್ಲೇವ್	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
16	ಸ್ಟೀಮ್ ಸ್ಟರಿಲೈಸರ್ ಔಷಧಿಗಳು (ಆವಿ ಸಂಸ್ಕರಣಾ ಔಷಧಿಗಳು)	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
17	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
18	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಹೀರಿಕೆ ಉಪಕರಣ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
19	ಶಿಶು ಪುನಶ್ಚೇತನ ಉಪಕರಣ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
20	ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಉಪಕರಣ	07	07	–	–	–	08	08	–	08	–
21	ಆಮ್ಲಜನಕದ ಸಿಲಿಂಡರ್	07	07	–	–	07	08	08	–	–	08
22	ಹೆರಿಗೆ ಕೊಠಡಿ, ಮೇಜು ಮತ್ತು ಉಪಕರಣ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
23	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾಕೊಠಡಿಯ ಮೇಜು	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
24	ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರದ ನಿಪುಣತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಉಪಕರಣಗಳು	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–
25	ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಉಪಕರಣ	07	07	–	07	–	08	08	–	08	–

ಆಧಾರ : ಆರೋಗ್ಯ ಕೈಪಿಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು–2006

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನಮಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಂಗತಿಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಒಟ್ಟು ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರಕ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಹಲವಾರು ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳು ಇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇವೆಯಾದರೂ, ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕ್ಷ-ಕಿರಣಯಂತ್ರ ಮತ್ತು ವಾಹನ ಸರಬರಾಜು ಕುರಿತಂತೆ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಇರುವ ಏಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪೈಕಿ ಕೇವಲ 03 ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ವಾಹನ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. ಉಳಿದ ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಇರುವ ಎಂಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪೈಕಿ 06 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ವಾಹನ ಸೌಲಭ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಸರಬರಾಜಾಗಿಯೂ ಬಳಕೆಯಾಗದ ಸಾಮಗ್ರಿ ಪ್ರತಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ತಲಾ ಒಂದು ಉಪಕರಣವಾಗಿದೆ. ಅದು ಆಮ್ಲಜನಕದ ಸಿಲಿಂಡರ್. ಇದು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಉಳಿದ ಎಲ್ಲ ಉಪಕರಣಗಳು ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಹಲವಾರು ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳು ಇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇವೆಯಾದರೂ, ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ : ಆರು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ

6.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

6.2 ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ

6.3 ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸವ ಸಮಯ, ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ

6.4 ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ

6.5 ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಯೋಜನೆಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ಅಧ್ಯಾಯ : ಆರು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ

6.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವು ಯಾವುದೇ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಗುಂಪಿಗೆ ಇದ್ದರೆ ಸಾಲದು. ಇದು ಸಮುದಾಯದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ, ಗುಂಪಿಗೂ, ವರ್ಗಕ್ಕೂ, ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರುಷ ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಗೂ, ಮಕ್ಕಳಿಗೂ, ಅಕ್ಷರಸ್ಥ–ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಿಗಲ್ಲದೆ, ಬಡವ–ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೂ ಇರಬೇಕಾದುದಾಗಿದೆ. ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಬೇಕೆಂಬ ಗ್ರಹಿಕೆ ಹೊಂದಿದರೆ ತಪ್ಪಾಗುತ್ತದೆ. ಸುಶಿಕ್ಷಿತರಿಗೂ, ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪೂರ್ಣ ಪರಿಜ್ಞಾನ ಇರುತ್ತದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ(ರೋಹಾನ್ ಡೆನ್ ರಾಯ್–2007). ಹಾಗಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದುವುದು ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಹೊಸ ಹೊಸ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಜನಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಆಚರಣೆಗೆ ತರಬೇಕಾದರೆ ಅವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ಆ ಸೇವೆಗಳ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆಯಲು ಅರಿವು ಅಥವಾ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೇಲಾಗಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಹೇಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಯಾವರೀತಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ಐದು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಥಮ ಭಾಗವು, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಇತರೆ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಕುರಿತ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ಸಹ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಯನ್ನು ಎರಡನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ, ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸವ ಸಮಯ, ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗೆಗಿನ

ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಮೂರನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ, ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗೆಗಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರವನ್ನು ನಾಲ್ಕನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗಿನ ತಿಳುವಳಿಯನ್ನು ಐದನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು ಅನೇಕ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಬಡತನ, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಮನೆ ಸುತ್ತಲಿರುವ ಅವರೇ ನಿರ್ಮಿಸಿಕೊಂಡ ಕಲುಷಿತ ಪರಿಸರ, ಅವರಲ್ಲಿರುವ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕೊಡುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸಿಗದಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತವೆ. ದಿನನಿತ್ಯ ಮನುಷ್ಯನನ್ನು ಕಾಡುವ ಕೆಮ್ಮು, ದಢಾರ, ಕ್ಷಯ, ಕಾಲರಾ, ಮಲೇರಿಯಾ, ನ್ಯುಮೋನಿಯಾ ಮುಂತಾದ ರೋಗಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯ ಶುಚಿತ್ವ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶ ಕೊಡದೆ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಲೂ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಸರಕಾರದ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ತಲುಪಲು ವಿಫಲವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ನಿಯಮಿತ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಯಾಮಗಳ ಅಗತ್ಯತೆ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು, ಪ್ರತಿ ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ಹೋಬಳಿ ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಲು ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯನ್ನು ವಿನಾಯಿತಿ ದರದಲ್ಲಿ ದೊರಕಿಸಿಕೊಡಲು ಕ್ರಮ, ಏಡ್ಸ್ ನಂತಹ ಭಯಾನಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು, ಅಶುಚಿತ್ವದಿಂದ ತಗಲುವ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ, ಧೂಮಪಾನ, ಮಧ್ಯಪಾನಗಳಂತಹ ಕೆಟ್ಟ ಚಟಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಂದಾಗುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಗತ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಅನಾರೋಗ್ಯದ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಧೂಮಪಾನ ಸೇವನೆ, ಶುದ್ಧ ನೀರಿನ ಸೇವನೆ, ಮಿತ ಸಂತಾನ, ಸ್ವಚ್ಚತೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಅಗತ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಅನುಕೂಲಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಅಂಟುವ ಬಹುತೇಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ದೂರವಿದ್ದು ಸಮಾಜದ ಸುಧಾರಣೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬದುಕಿನ ಅಂಗವಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಇದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿಯ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತಮವಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ ಸಂವಿಧಾನದ ಅಂಗವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾಗಿದೆ(ಐಡೇಂ–1975). ಆದರೆ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ, ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸ ಹಾಗೂ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಈ ವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ಜನರಿಗೆ ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲವಾಗಿದೆ.

ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಇಂದು ನಿರ್ಧಾರಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಅವನ ಆರ್ಥಿಕ ಶಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದವರು ಉತ್ತಮ ವಸತಿ, ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ನೀರು, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಸಮತೋಲನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಗರ ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಹೈಟೆಕ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯಂತಹುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು. ಆದರೆ ಬಹುತೇಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥಿತಿವಂತರಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಭೂಮಿ ಮತ್ತು ವ್ಯವಸಾಯದ ಮೇಲೆ ಅವರ ಜೀವನ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವರ್ಷದ ಎಲ್ಲಾ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಇವರಿಗೆ ಆದಾಯ ಎಂಬುದು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅನೇಕರ ಆದಾಯದ ಮೂಲ ತಾವು ಸಾಕುವ ಜಾನುವಾರುಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಜತೆಗೆ ಕೃಷಿ, ಕೃಷಿಕೂಲಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇವರಿಗೆ ಆದಾಯ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಾವಳಿ ಪ್ರಕಾರ ಇವರನ್ನು ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕರು ಪ.ಜಾತಿ, ಪ.ಪಂಗಡ ಮತ್ತು ಇತರೆ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದಕಾರಣ ಇವರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಅದೇರೀತಿ ಹೆಚ್ಚು ರೋಗಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವ ವರ್ಗವೆಂದರೆ ಬಡವರು, ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಹದಿಹರೆಯದವರು ಹಾಗೂ ವಯಸ್ಸಾದ ಜನರಿಗೆ ಪದೇಪದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸಲು ಅನೇಕರು ಸಾಲ ಮಾಡಿ ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಹಣವಿದ್ದವರಿಗೆ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾರೀತಿಯ ಔಷದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭರವಸೆಯೇನೂ ಇಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿರುವ ಉಚಿತ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಊರಲ್ಲಿರುವ ಅಥವಾ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರ ಯಾವುದು? ಅಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಏನೇನು ಉಪಚಾರ ಸಿಗುತ್ತದೆ. ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಿಗುವ ಸೇವೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅಗತ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಭಾರತ ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಬಳಿಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕೇಂದ್ರಸರಕಾರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಅವು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಅಥವಾ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವುದು, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಮಟ್ಟ ಸುಧಾರಣೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳಾಗಿವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳಾದ ಡಬ್ಲ್ಯು.ಎಚ್.ಓ, ಯೂನಿಸೆಫ್, ಯು.ಎನ್.ಎಫ್.ಪಿ.ಎ, ಪ್ರಪಂಚ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಗಳ ಜತೆಗೆ ಹಲವಾರು ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳಾದ ಎಸ್.ಐ.ಡಿ.ಎ, ಡ್ಯಾನಿಡಾ, ಎನ್.ಓ.ಆರ್.ಎ.ಡಿ ಮತ್ತು ಯು.ಎಸ್.ಐ.ಎ.ಐ.ಡಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಾಂತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ಉಪಕರಣಗಳ ಸಹಾಯವನ್ನು ನೀಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅದರಲ್ಲೂ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿ ನಿಂತಿವೆ. ಜತೆಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಲು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳೆರಡೂ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗಗಳ ತಡೆ ಹಾಗೂ ಉಪಚಾರಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರ ಹಾರೈಕೆ, ಇವರಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆ, ಜೀವಸತ್ವ ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಗುಳಿಗೆಗಳ ಹಂಚಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ಪರಿಣಿತರಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಪ್ರಚಾರ(ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ, ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ, ವಂಕಿ, ಮಾತ್ರೆಗಳು, ನಿರೋದ್ ಇತ್ಯಾದಿ). ಅರ್ಹದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮನವೊಲಿಸುವಿಕೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹರಡದಂತೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸುಧಾರಣೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಜನರು ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಈ ಸರಕಾರಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಯಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3 ಸರ್ವೆ 2005-06ರ ಪ್ರಕಾರ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಬಯಸದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಇರುವ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳು 1) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಹತ್ತಿರವಿಲ್ಲದಿರುವುದು 2) ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು. 3). ಪದೇ ಪದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಹದಗೆಡುತ್ತಿರುವುದು. 4). ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಯಬೇಕಾಗಿರುವುದು 5). ಕೇಂದ್ರದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಇಲ್ಲವೆಂಬ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರೆ ಎಂದು ಆರು ಅಂಶಗಳನ್ನಾಗಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇದರ ವಿವರವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.1ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-6.1

ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3ರ ಪ್ರಕಾರ ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಯಸದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಬಯಸದಿರುವುದಕ್ಕೆ ನೀಡಿದ ಕಾರಣಗಳು(ಶೇ.)

ರಾಜ್ಯ	ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸರಕಾರಿವೈದ್ಯ ಸೇವೆ ಬಯ ಸದವರು	ಹತ್ತಿರವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ	ಸಮಯದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಯಾಗದ್ದ ರಿಂದ	ಆಗಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಹದಗೆಡು ವುದರಿಂದ	ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯಕಾ ಯಬೇಕಾಗಿ ರುವುದರಿಂದ	ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಇಲ್ಲ ದಿರುವುದರಿಂದ	ಇನ್ನಿತರೆ ಕಾರಣಗಳಿಂದ
ಭಾರತ	65.6	46.8	13.1	9.2	24.8	57.7	3.9
ಕರ್ನಾಟಕ	64.0	45.1	25.1	14.3	31.8	50.8	5.2
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	74.3	49.2	18.1	12.8	23.4	63.3	3.2
ಕೇರಳ	50.0	47.7	20.5	14.5	25.8	34.2	9.8
ತಮಿಳುನಾಡು	47.0	28.3	23.0	3.0	32.3	55.4	3.4

ಆಧಾರ: ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್-3; 2005-06

ಕೋಷ್ಟಕ6.1ನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದ ಐದು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಯಸದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು(ಸರಾಸರಿ ಶೇ.60ರಷ್ಟು) ಕಾಣಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜನರು(ಶೇ.74.3)ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬಯಸದವರಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟು ಭಾರತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಶೇ.65.6ರಷ್ಟು ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದ ಐದು ರಾಜ್ಯಗಳ ಪೈಕಿ ತಮಿಳುನಾಡು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ(ಶೇ.47) ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬಯಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಶೇ.64ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಯಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ರೋಗಬಂದಾಗ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಯಸುವವರು/ಅವಲಂಬಿಸಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಆದರೆ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಾಂಕದಲ್ಲಿ ಮುಂದಿರುವ ಕೇರಳದಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಯಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳೇನಿರಬಹುದು ಅನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಅದೇ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಸಿಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಗುಣಮಟ್ಟ ಸರಿಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಕಾರಣವನ್ನು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಜನರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಊರಿನಿಂದ ಅಥವಾ ಜನವಸತಿಯಿಂದ ದೂರದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿರುವುದನ್ನು ಕಾರಣ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಜನ ವಾಸವಿರುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಾಗಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಬಯಸಿ ಬಂದರೆ ನಾನಾ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಕಾಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.25ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ನಿಗದಿತ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಸಿಗುತ್ತದೆ. ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 10ರಿಂದ ಸಂಜೆ 5ಗಂಟೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಂದವರಿಗೆ ಸೇವೆ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಸಮಯ ಮೀರಿ ಬಂದವರಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗುವವರೇ ಹೆಚ್ಚು. ಏಕೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರು ತಮ್ಮ ದಿನನಿತ್ಯದ ಬದುಕು ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಪಾಡಿಗಾಗಿ ಬೆಳಿಗ್ಗೆಯಿಂದ ಸಂಜೆಯವರೆಗೆ ಹೊಲಗಳಲ್ಲಿ ಕೃಷಿ ಕೆಲಸ, ಇಲ್ಲವೇ ಕೃಷಿ ಕೂಲಿಗಳಾಗಿ, ಜಾನುವಾರುಗಳ ಸಾಕಾಣೆ, ಮೇವು ಇನ್ನಿತರೆ ಕೆಲಸಕ್ಕಾಗಿ ದಿನವಿಡೀ ಊರಿನಿಂದ ಹೊರಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರು ಮರಳಿ ಬರುವುದೇ ಸಂಜೆ. ಆ ವೇಳೆಗೆ

ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸಮಯ ಮುಗಿದು ಬಾಗಿಲು ಮುಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಶೇ.25ರಷ್ಟು ಜನರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಮನಗಂಡ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಈಗ ರಾಜ್ಯದ ಬಹುತೇಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದಿನದ 24 ಗಂಟೆ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೊಳಿಸಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಸೇವೆ ಪಡೆದರೆ ಕಾಯಿಲೆ ವಾಸಿಯಾಗುವುದು ಕಡಿಮೆ. ಪದೇಪದೇ ರೋಗ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿಯೇ ಇದೆ. ಅಂದರೆ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರದಲ್ಲಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕೆಲವು ಜನರು ಮೇಲಿನಂತೆಯೇ ಉತ್ತರಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇಲ್ಲಿನ ಬಹುತೇಕರು ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ತಮಗೆ ಬಂದ ರೋಗವನ್ನು ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಪಡೆಯದಿರುವುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಹಲವು ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಎಂದರೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಏಕೆಂದರೆ ಕಳಪೆಯದ್ದನ್ನು ಮಾತ್ರ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುವುದು, ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ್ದಾದರೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಎಲ್ಲಿ ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯ ಎನ್ನುವ ಭಾವನೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಬಂದಿತು. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ಉಚಿತ ಸೇವೆ ಎಂದರೆ ಮರ್ಯಾದೆ ಪ್ರಶ್ನೆಯಂತೆ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರೂ ಕೂಡ ಉಚಿತವಾಗಿ ಸೇವೆ ನೀಡುವುದೆಂದರೆ ತಾತ್ಸಾರಮಾಡಿರುವ ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ಜನರು ಗಮನಕ್ಕೆ ತಂದರು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅವಧಿ ಮುಗಿದ ಔಷಧಗಳ ವಿತರಣೆ, ಕಳಪೆ ಔಷಧಗಳ ವಿತರಣೆ, ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಅಗತ್ಯ ಸಲಕರಣೆಗಳ ಕೊರತೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುತ್ತಾ, ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಬಯಸದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಉಳಿದ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಬಡವರು, ಕೃಷಿ ಕೂಲಿಗಳು ಸರಕಾರಿ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನೇ ನಂಬಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಇವರ ಪ್ರಕಾರ ವೈದ್ಯರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಸೇವೆ ನೀಡಿದರೆ ರೋಗ ಗುಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ

ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ತಲಾ 100 ಆಯ್ದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಒಟ್ಟು ಎರಡು ಗ್ರಾಮಗಳಿಂದ 200 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಜತೆಗೆ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ವೈದ್ಯರ ಉಪಚಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವರ್ತನೆ ಹಾಗೂ ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮುಖಾಂತರ ಜನರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

6.2 ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಕಾರ-ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ನೆಮ್ಮದಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ. ಕೇವಲ ರೋಗ ಅಥವಾ ಕುಂದು ಇಲ್ಲದಿರುವುದೇ ಆರೋಗ್ಯವಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಊರವರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ಬಹುತೇಕರು ಹೇಳಲು ಗೊತ್ತಾಗಲಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವ ಪದವೇ ಅವರಿಗೆ ಹೊಸದೆನ್ನುವಂತೆ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಗೊತ್ತಿದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ಹೇಳುವುದು ಹೇಗೆ ಎನ್ನುವ ಗೊಂದಲದಲ್ಲಿದ್ದವರಂತೆ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಕೊನೆಗೆ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಎರಡು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿಯ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು ಎನ್ನುವ ಉತ್ತರ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.2ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-6.2

ಆರೋಗ್ಯ ಅನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮಸ್ಥರು ನೀಡಿರುವ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲ್ಲೂಕು	ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು	ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು	ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ
01	ಹೊಸಪೇಟೆ-ಗಾದಿಗನೂರು	73(73%)	11(11%)	16(16%)	100
02	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ-ಆಲೂರು	71(71%)	09(9%)	20(20%)	100
	ಒಟ್ಟು	144(72%)	20(10%)	36(18%)	200

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಒಟ್ಟು 200ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಸದೃಢವಾಗಿರುವುದು ಎಂದು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.72ರಷ್ಟು ಜನರು ಪರಿಭಾವಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ

ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.73ರಷ್ಟು ಜನರು ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.71ರಷ್ಟು ಜನರು ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ಗಾದಿಗನೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.11ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಶೇ.16ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಎರಡು ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇ.72ರಷ್ಟು ಜನರು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.20ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.18ರಷ್ಟು ಜನರು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಎರಡು ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ತುಂಬಾ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅತಿ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದವರು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ(ಶೇ.20) ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದು ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ರೋಗ ಬಂದಾಗ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬೆಲೆ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಅದರ ಬೆಲೆ ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮೇಲಿನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

ಅದೇರೀತಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ಅನೇಕರು ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು, ಜಡ್ಡು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಮೈಕೈ ನೋವು, ಸುಸ್ತು, ನರಳಾಟ ಇವುಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 6.3ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.3

ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ನೀಡಿದ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲ್ಲೂಕು/ ಗ್ರಾಮ	ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು, ವಾಂತಿ,ಬೇಧಿ, ಜಡ್ಡು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಸುಸ್ತು, ನರಳಾಟ ಇತ್ಯಾದಿ	ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಕೈ ಕಾಲುನೋವು, ಬೇನೆ ಇತ್ಯಾದಿ	ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಹುಚ್ಚು ಇತ್ಯಾದಿ	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ
01	ಹೊಸಪೇಟೆ –ಗಾದಿಗನೂರು	88(88%)	11(11%)	01(1%)	100
02	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ–ಆಲೂರು	89(89%)	09(9%)	02(2%)	100
	ಒಟ್ಟು	177(88.5%)	20(10)	03(1.5)	200

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ–6.3ನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಜನರಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಹೆಸರಿಸಿರುವುದು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಎರಡೂ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ(ಶೇ.88.5). ಅಂದರೆ ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು, ಜಡ್ಡು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಸುಸ್ತು, ನರಳಾಟದಿಂದ ಕೂಡಿದರೆ ಮಾತ್ರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕೈ ಕಾಲುನೋವು, ಬೇನೆಹೊಂದಿರುವುದು ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡು ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಒಟ್ಟು ಶೇ.10ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡೂ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ತೀರಾ ವಿರಳತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದೆ(ಶೇ.1.5). ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅತಿ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮಸ್ಥರು ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುವುದು(ಶೇ.89), ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚು ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ವಿಶೇಷವೆಂದರೆ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಹಳ್ಳಿಗರಿಗೂ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಹಳ್ಳಿಗರಿಗೂ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮಗು ಜನಿಸಿದ ಆರಂಭದಿಂದ ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವವರು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು. ಆರು ತಿಂಗಳಿಂದ ಆರು ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಪ್ರೋಟಿನ್‌ಯುಕ್ತ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ವಿತರಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಮನ್ವಯದೊಂದಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೇವೆ, ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ಮಾಹಿತಿ ಸೇವೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣದ ಸೇವೆಯಂತಹ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾ ಬರುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಮತ್ತು ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನೇಮಕವಾಗಿರುವ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಊರಿನ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಎತ್ತರಿಸಲು ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವವರು ಯಾರು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 6.4ರಂತೆ ಉತ್ತರ ಸಿಕ್ಕಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.4

ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವವರ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಜನರಿಗೆ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವವರು	ಗಾದಿಗನೂರು ಶೇ.	ಆಲೂರು ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01	ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು	29.0	53.0	82	41.0
02	ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು	14.0	23.0	37	18.5
03	ಯಾರೂ ಇಲ್ಲ	57.0	24.0	81	40.5
	ಒಟ್ಟು	100.0	100.0	200	100.0

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕ–6.4ಅನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು(ಶೇ.41ರಷ್ಟು) ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಗಾದಿಗನೂರಿಗಿಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರಿನವರು (ಶೇ.53ರಷ್ಟು) ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಿಕ್ಕಾಗೇ ನೇಮಕವಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಅಥವಾ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಅವರು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುವವರ ಒಟ್ಟು ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ 18.5ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ, ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾರೂ ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುವವರ ಒಟ್ಟು ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.40.5ರಷ್ಟಿದೆ. ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಾದ ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.57ರಷ್ಟು ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾರೂ ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಾದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.24ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಯಾರಿಂದಲೂ ಸಿಗುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗಗಳು ಯಾವುವು? ಇದಕ್ಕೆ ಏನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತೀರಿ? ಎಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ? ಪಡೆಯುತ್ತೀರಿ? ಯಾರಿಂದ ಪಡೆಯುತ್ತೀರಿ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಕುಟುಂಬಗಳ ಜನರು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.5ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:6.5

ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಪಡೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರ

	ವಿವರ	ಗಾದಿಗನೂರು		ಆಲೂರು	
		ಒಟ್ಟು ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ	ಒಟ್ಟು ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಶೇ.ಪ್ರಮಾಣ
ಏನು? ಕಾಯಿಲೆ	1. ನೆಗಡಿ, ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು ತಲೇನೋವು	100	100	100	100
	2. ವಾಂತಿ, ಭೇದಿ, ಜ್ವರ, ಮೈಕೈ ನೋವು	100	100	100	100
	3. ಕಾಮಾಲೆ	100	15	100	2
	4. ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಅಸ್ತಮ	100	100	100	13
	5. ಚರ್ಮರೋಗ (ಸರ್ಪಹುಣ್ಣು) ತುರಿಕೆ	100	92	100	9
ಏನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ?	1. ನಾಟಿ	100	20	100	40
	2. ಆಯುರ್ವೇದ	100	00	100	00
	3. ಹೋಮಿಯೋಪಥಿ	100	00	100	00
	4. ಅಲೋಪತಿ	100	100	100	100
	5. ಮಾಯಾ ಮಂತ್ರ	100	00	100	00
ಎಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ?	1. ಊರಲ್ಲಿ	100	93	100	50
	2. ಬೇರೆ ಊರಲ್ಲಿ	100	50	100	43
	3. ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ	100	20	100	10
	4. ನಗರದಲ್ಲಿ	100	02	100	75
ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ	1. ಗುಣ ಆಗಿದೆ	100	61	100	94
	2. ಗುಣ ಅಗಿಲ್ಲ	100	39	100	6

ಮೂಲ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯಿಂದ

ಕೋಷ್ಟಕ–6.5 ಅನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಒಟ್ಟು 200 ಕುಟುಂಬಗಳ ಜನರು ಏನು ಕಾಯಿಲೆ ಅನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಅವರ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾದ ನೆಗಡಿ, ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ತಲೇನೋವು, ವಾಂತಿ, ಭೇದಿ, ಮೈಕೈ ನೋವಿನಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಆಗಾಗ ಬರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವೆಂದು ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನೆರು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕಾಮಾಲೆ ರೋಗದ ಚಿನ್ಹೆಗಳು ಮತ್ತು ಇದರಿಂದ ಬರುವ ಸಾವಿನಬಗ್ಗೆ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.15ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.2ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ, ಅಸ್ತಮಾ ರೋಗಗಳ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಗಾದಿಗನೂರಿನ ಶೆ.100ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.13ರಷ್ಟು ಜನರು ಅಸ್ತಮಾದ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಚರ್ಮರೋಗ(ತುರಿಕೆ, ಸರ್ಪಹುಣ್ಣು) ವನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಗಾದಿಗನೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.92ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.9ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕಾರಣವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮವು ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ನಿರತವಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಮೈನಿಂಗ್ ಲಾರಿಗಳ ಓಡಾಟದಿಂದ ಅತಿಯಾದ ಧೂಳು ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಆವರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಇಲ್ಲಿ ನೀರು ಮತ್ತು ವಾತಾವರಣ ಹೆಚ್ಚು ಕಲುಷಿತಗೊಂಡು ಚರ್ಮರೋಗ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರೆ ರೋಗಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳಿಂದ ಮುದುಕರವರೆಗೆ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿಯ ಬಹುತೇಕ ಜನರು ಚರ್ಮರೋಗಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಸ್ಥರ ಪ್ರಕಾರ ಶೇ.80ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಹರಡಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದನ್ನು ಈ ಊರಿನವರು ಸರ್ಪಹುಣ್ಣು ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ತುರಿಕೆಯಿಂದ ಕೂಡಿ ಕೆರೆದಾಗ ಹಾವಿನ ಪೊರೆಯಂತೆ ಒಣಗಿದ ಚರ್ಮ ಉದುರುವುದರಿಂದ ಇದನ್ನು ಸರ್ಪಹುಣ್ಣು ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಜನರು ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾಗಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಅಲೋಪತಿಕ್ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಆಯುರ್ವೇದಿಕ್ ಮತ್ತು ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಮತ್ತು ಮಾಟಮಂತ್ರದ ಮೊರೆಯನ್ನು ಎರಡು ಊರಿನ ಗ್ರಾಮಸ್ಥರು ಹೋಗದಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ನಾಟಿ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಗಾದಿಗನೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.20ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಜನರು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ಅಂದರೆ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ನಾಟಿ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಮಾಡಿಸುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಮೇಲಿನ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಏನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಈ ರೋಗಗಳ ಔಷಧೋಪಚಾರವನ್ನು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಸ್ಥರು ಊರಿನಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರದವರು ನೀಡುವ ಅಲೋಪತಿಕ್ ಔಷಧವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮದ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿದ ನಾಟಿ, ಆಯುರ್ವೇದಿಕ್ ಹೋಮಿಯೋ ಪಥಿ ಔಷಧಗಳನು ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ನಾಟಿ ಔಷಧ ಪಡೆಯುಯವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವು ಮೂಳೆ ಮುರಿತ, ಉಳುಕು ತೆಗೆಯುವುದ, ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಾಮಾಲೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬರುವ ಅಮ್ಮದಂತಹ ರೋಗಗಳಾಗಿರುವುದನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮೇಲಿನ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಎಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಗಾದಿಗನೂರಿನವರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವುದಾಗಿ ಶೇ.93ರಷ್ಟು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಆಲೂರಿನ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ತಮ್ಮ ರೋಗಕ್ಕೆ ಊರಿನಲ್ಲಿರುವ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ಪಡೆಯುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ (ಶೇ.75ರಷ್ಟು) ಆಲೂರಿನ ಜನರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಗ್ರಾಮಕ್ಕೆ ಚಿತ್ರದುರ್ಗ ನಗರ ಹತ್ತಿರವಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಗಾದಿಗನೂರಿನ ಶೇ.2ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ನಗರ ಅಂದರೆ ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಮ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಪಡೆದ ಬಳಿಕ ಕಾಯಿಲೆ ವಾಸಿಯಾಗಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಗಾದಿಗನೂರಿನ ಗ್ರಾಮದವರು ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ ಮತ್ತು ಸರ್ಪಹುಣ್ಣನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿ ವಾಸಿಯಾಗಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ(ಶೇ.39) ಆದರೆ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿಯ ಜನರು ತಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆ ವಾಸಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿದೆ(ಶೇ.94). ಯಾವುದೇ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳಿಲ್ಲದ ಮತ್ತು ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯಿಲ್ಲದ ಶುಷ್ಕ ವಾತಾವರಣವಾದ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗಗಳೇ ಬೇರೆ. ಗಣಿಗಾರಿಕೆಯಿರುವ ಕಲುಷಿತ ವಾತಾವರಣವಿರುವಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗಗಳೇ ಬೇರೆಯಾಗಿವೆ. ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಔಷದೋಪಚಾರ ಮಾಡಿಸಿದರೆ ಗುಣವಾಗುವುದಾಗಿ ಶೇ.94ರಷ್ಟು ಜನರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಗಾದಿಗನೂರಿನಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಜನರು ಗುಣಮುಖರಾಗದಿರುವುದನ್ನು ಶೇ.39ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಗುಣಮುಖವಾಗಲು ಕಲುಶಿತ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆಮಾಡಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ರೋಗಗಳು ಪ್ರತಿದಿನ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿರುತ್ತದೆ.

6.3 ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸವ ಸಮಯ, ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ಸರಕಾರದ ನಿರ್ದೇನದ ಪ್ರಕಾರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಆಸಕ್ತಿ ವಹಿಸಬೇಕಾದುದು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಗೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿ,

ಬಾಣಂತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸವ ಸಮಯ, ಪ್ರಸವ ನಂತರ ಎಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಂಡು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆಸರಿಸಿ ಅವುಗಳ ಅರಿವು ಜನರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಯಿತು. ಇದರ ವಿವರವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಸೇವೆಗಳು

ಮಹಿಳೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯೆಂದು ಗೊತ್ತಾದ ಕೂಡಲೇ ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ನೊಂದಣಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅವರಿಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ದಾಖಲಾತಿ ಚೀಟಿ ನೀಡುವ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. ನಂತರ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ, ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ, ತೂಕದ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಟಿ.ಟಿ.ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡುವುದು, 100 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಸೇವಿಸಲು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳ ವಿತರಣೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ತಪಾಸಣೆ, ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ಗಂಡಾಂತರದ ಹೆರಿಗೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆ, ಅಪಾಯಕಾರಿ ಚಿಹ್ನೆಗಳೇನಾದರೂ ಇದ್ದರೆ ಮತ್ತು ತಾಯ್ತನದಲ್ಲಿ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಕಂಡು ಬಂದರೆ ಕೂಡಲೇ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸುವಿಕೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ. ಈ ಸೇವೆಗಳು ಎಲ್ಲರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿರಬೇಕು. ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಾದ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ 200 ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಬಂದಿರುವ ಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.6ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:6.6

ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ದೊರೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಮಟ್ಟದ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ನೀಡುವ ಸೇವೆಗಳು	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ) ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ) ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01	ಗೊತ್ತಿದೆ	19.0	24.0	43	21.5
02	ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ	15.0	21.0	36	18.0
03	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	66.0	55.0	121	60.5
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ 6.6ನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.21.5ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ಸಿಗುವ ಸೇವೆಗಳು ತಿಳಿದಿರುವುದಾಗಿಯೂ, ಅದರಲ್ಲಿ ಶೇ.18ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಜನರು ಸೇವೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದಿರುವ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮ(ಶೇ.19)ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು(ಶೇ.24ರಷ್ಟು) ಜನರು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ಸಿಗುವ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.60.5ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ನೀಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಹಿತಿಯಿದ್ದು ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಬಹುಪಾಲು ಜನರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ಸಿಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಸರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಚಾರ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಮಗುವಿಗೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಅಂಶ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರನ್ನು ವೈದ್ಯರು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಅಂಶ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದಾಗ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳ ಸೇವನೆಯ ಅಗತ್ಯತೆ ಬಗ್ಗೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ–6.7ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.7

ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01	ಸೇವಿಸಬೇಕು	20.0	33.0	53	26.5
02	ಸೇವಿಸಬಾರದು	80.0	67.0	147	73.5
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಒಟ್ಟು ಶೇ.26.5ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬದವರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ

ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬದವರು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ(ಶೇ.33) ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸಬೇಕು ಎಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಶೇ.73.5ರಷ್ಟು ಜನರು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸಬಾರದು ಎಂದು ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾಕೆ ಸೇವಿಸಬಾರದು ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಅವರಿಂದ ಬಂದ ಉತ್ತರ ಬಹಳ ಸ್ವಾರಸ್ಯಕರವಾಗಿತ್ತು. ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಮಗು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದ್ದರಿಂದ ಸೇವಿಸಬಾರದು ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವರು ಸೇವಿಸಿದರೆ ಬಹಳ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ ಹೊಟ್ಟೆ ಹುರಿ, ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವು ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಜನರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಸೇವನೆ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸಲು ಕ್ರಮವಹಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಮಗು ಹಾಗೂ ತಾಯಿಯ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರ ಅಗತ್ಯತೆ ಬಗ್ಗೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ–6.8ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.8

ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕೆಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01	ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ನೀಡಬೇಕು	70.0	81.0	151	75.5
02	ಸಾಮಾನ್ಯ ಆಹಾರ ಸಾಕು	30.0	19.0	49	24.5
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ನೀಡಬೇಕು ಎಂದು ಒಟ್ಟು ಶೇ.75.5ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬದವರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಉತ್ತಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೆನ್ನಬಹುದು. ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬದವರು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ(ಶೇ.81) ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ನೀಡಬೇಕು ಎಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಇಲ್ಲಿಯ ಜನರಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಒಟ್ಟು

ಶೇ.24.5ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬದ ಜನರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯವೇನಿಲ್ಲ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಆಹಾರ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಸಮೀಕ್ಷೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾಕೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆಹಾರವೇ ಸಾಕು ಎನ್ನುತ್ತೀರಲ್ಲ ಎಂದು ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಆಹಾರ ನೀಡುವುದರಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಮಗು ಹೆಚ್ಚು ಬೆಳೆದು ಹೆರಿಗೆಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ತಾಯಿ ಗಂಡಾಂತರಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕುವ ಸಂಭವವಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆಹಾರವೇ ಸಾಕು ಎನ್ನುವ ಉತ್ತರ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬಾರದು. ಕೆಲವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಚೆನ್ನಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಶೀತ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ನೀಡಬಾರದು ಎನ್ನುವ ಉತ್ತರ ಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು

ಸಾಕಷ್ಟು ಗಾಳಿ ಬೆಳಕಿರುವ ಜಾಗದಲಿ ತಾಯಿ ಮಗುವಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಸ್ನಾನದ ಸೇವೆ, ಶುಚಿಯಾದ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿರುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವಾಗ ಹೆರಿಗೆಯ ಪಂಚಸೂತ್ರಗಳಾದ-ಸ್ವಚ್ಛವಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದು, ಶುಭ್ರಗೊಳಿಸಿಕೊಂಡ ಕೈಗಳಿಂದ ಪ್ರಸವ ನಡೆಸುವುದು. ಹೊಕ್ಕಳ ಬಳ್ಳಿ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಹೊಸ ಬ್ಲೇಡ್ ಬಳಸುವುದು, ಹೊಕ್ಕಳಬಳ್ಳಿ ಕಟ್ಟಲು ಶುದ್ಧ ದಾರ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು, ಹೊಕ್ಕಳಬಳ್ಳಿಗೆ ಏನನ್ನು ಹಚ್ಚದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸ ಬೇಕಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಮತ್ತು ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮೂಲಕ ಮಗು ಹೊರತೆಗೆಯುವ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ನಡೆಸಿದ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಪ್ರಕಾರ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಕಂಡುಬಂದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.9ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ

ಕೋಷ್ಟಕ:6.9

ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
		ಶೇ.	ಶೇ.		
01	ಗೊತ್ತಿದೆ	35.0	30.0	65	32.5
02	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	65.0	70.0	135	67.5
	ಒಟ್ಟು	100.0	100.0	200	100.0

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಜಾಗರೂಕತೆ ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸರಕಾರ ಸಾಕಷ್ಟುರೀತಿಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದೆ. ಇದರ ಮಾಹಿತಿ ತಿಳಿಯುವುದು ಮತ್ತು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಪಂಚಸೂತ್ರ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.32.5ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ, ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುವವರ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.67.5ರಷ್ಟು, ಇದರಿಂದ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆ ತೀವ್ರವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವ ಕ್ರಮ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

6.4 ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ಹದುಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂತಾನಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸರಕಾರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ಹರಿಸಿ ಅಗತ್ಯ ಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಸಹಾಯ ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಬಾಲ್ಯಾವಸ್ಥೆಯಿಂದ ತಾರುಣ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾಲಿಡುತ್ತಿರುವ ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲಕಿಯರಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಹದಿಹರೆಯದವರಲ್ಲಾಗುವ ಶಾರೀರಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದ ಋತುಸ್ರಾವ (ಮುಟ್ಟು) ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಮುಟ್ಟಿನ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಬಗ್ಗೆ, ಸ್ಯಾನಿಟರಿ ಪ್ಯಾಡ್ ಅಥವಾ ಶುದ್ಧವಾದ ಬಟ್ಟೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು, ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಇರುವ ಸೊಪ್ಪು ಮತ್ತು ತರಕಾರಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು, ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕತೆ ವಿಧಾನ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಮಹತ್ವಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ನಡೆಸಿದ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಪ್ರಕಾರ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.10ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ

ಕೋಷ್ಟಕ:6.10

ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ದೈಹಿಕ ಬದಲಾವಣೆ & ಲೈಂಗಿಕ ಸುರಕ್ಷತೆ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ) ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ) ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01	ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ	09.0	03.0	12	6.0
02	ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ	91.0	97.0	188	94.0
	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ 6.10ನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಗ್ರಾಮದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮತ್ತು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕು. ಆದರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು(ಕೋಷ್ಟಕ) ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.97ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ತಿಳುವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ

ಮಿತಸಂತಾನದಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಸರಕಾರ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುತ್ತಾ ಬರುತ್ತಿದೆ. ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ, ಮಕ್ಕಳು ಬೇಡವೆಂದು ದಂಪತಿಗಳು ನಿರ್ಧರಿಸಿದಾಗ ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬಹುದು. ಅವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ, ಪುರುಷರಿಗೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಗಳಾಗಿದ್ದು ಇವು ಶಾಶ್ವತ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳಾದ ಮಹಿಳೆಯರ ನಿರೋಧ್ (ಕಾಂಡೋಮ್), ಪುರುಷರ ನಿರೋದ್, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳು, ಡಯಾಫ್ರಮ್ ಮತ್ತು ಜೆಲ್ಲಿ, ನೊರೆಗುಳಿಗೆಗಳು, ವಂಕಿ (ಕಾಪರ್–ಟಿ), ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇವುಗಳ ಸೇವೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ.

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಸಂತಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ 2008–09ರಲ್ಲಿ 600 ಆಗಿರುವುದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ 2000–01ರಲ್ಲಿ 67 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2001–02ರಲ್ಲಿ 76 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2002–03ರಲ್ಲಿ 27 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2003–04ರಲ್ಲಿ 23 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2004–05ರಲ್ಲಿ 16 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2005–06ರಲ್ಲಿ 25 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2006–07ರಲ್ಲಿ 23 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2007–08ರಲ್ಲಿ 13 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, 2008–09ರಲ್ಲಿ 600 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ದಾಖಲೆಯಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ನಡೆಸಿದ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಪ್ರಕಾರ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕಂಡುಬಂದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 6.11ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:6.11

ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ.	ಸಂತಾನಹರಣ ವಿಧಾನದ ಸೌಲಭ್ಯ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ) ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ) ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	70.0	69.0	139	69.5
02.	ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ	23.0	20.0	43	21.5
03.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	07.0	11.0	18	9.0
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸಂತಾನ ಹರಣ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದು (ಶೇ.69.5) ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಉತ್ತಮವಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯಗೆ ಮಕ್ಕಳ ಆಪರೇಶನ್ ಅಂದಕೂಡಲೆ ಅರ್ಥವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅದೇರಿತಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸರಾಸರಿ ಶೇ.21.5ರಷ್ಟು ಜನರು ಸಂತಾನ ಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದು ಕಂಡುರುತ್ತದೆ. ಇವರೆಲ್ಲರೂ ಸ್ತ್ರೀಯರೇ ಆಗಿದ್ದಾರೆ. ಸಂತಾನಹರಣ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುವವರ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.9ರಷ್ಟಿದೆ. ಸೋಜಿಗವೆಂದರೆ ಸಂತಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ ಅರಿವಿರುವುದು. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ಮತ್ತು ಬಹಳ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕಾರಣವಾಗಿವೆ ಎನ್ನಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಿರಂತರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರೆ ಜನರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ.

6.5 ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಯೋಜನೆಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸರಕಾರವು ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಹಲವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು

ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆದರೂ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಯ ನಿಗದಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2000ದಿಂದ 2009ರ ವರೆಗೆ ನಡೆಸಿರುವ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಸಂಖ್ಯಾ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ–6.12ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:6.12

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2000–2009ರ ವರೆಗೆ ನಡೆಸಿರುವ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ	ವರ್ಷ	ಹೆರಿಗೆಗಳು	ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳು	ದರ
01	2000–01	43007	10045	2 3.4
2	2001–02	41524	12168	28.0
03	2002–03	43363	14725	34.0
04	2003–04	45414	16218	36.7
05	2004–05	44610	16028	35.8
06	2005–06	45698	16803	36.8
07	2006–07	48102	17901	37.2
08	2007–08	47442	20355	42.9
09	2008–09	52121	25988	49.8

ಮೂಲ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಡತಗಳ ದಾಖಲೆ–2009–10

ಮೇಲಿನ ನಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಸಾಗಿಬಂದಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಯಾಕೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಾರದು ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಅನೇಕ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾಕಷ್ಟು ಆತಂಕದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಅದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಣಕ್ಕಾಗಿ ಹೊಟ್ಟೆ ಕೋಯ್ದು ಮಗು ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ನಾರ್ಮಲ್ ಡೆಲಿವರಿಯಾಗಲು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಭಯವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹಣನೀಡಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕೆ ಬದಲು ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಸರಕಾರ ಹಲವು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ, ತಾಯಿಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಇವುಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ(ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ)

ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ತಗ್ಗಿಸಲು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. 2005ರಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಿದ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಕಡು ಬಡವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸುವುದು ಆಗಿದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆ ಪಡೆಯಲು ಎಲ್ಲಾ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಕುಟುಂಬದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಅರ್ಹರು. ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಹದಿನೇಳು ಸಾವಿರ ಮಿತಿಯೊಳಗೆ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವವರು ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ ಅರ್ಹರು. ಮಹಿಳೆಗೆ ಕನಿಷ್ಟ 19ವರ್ಷಗಳಾಗಿರಬೇಕು. ಪ್ರತಿ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಿಗುತ್ತದೆ. ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಕಾರ್ಡು ಹೊಂದಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ರೂ.500/– ಧನಸಹಾಯ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಗೆ ರೂ.700/–ಸಹಾಯ ಧನ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಹಿಂದುಳಿದ ಆರು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬಳ್ಳಾರಿ, ಬಾಗಲಕೋಟೆ, ಬಿಜಾಪುರ, ಬೀದರ್, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು ಹಾಗೂ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಭತ್ಯೆ ರೂ.200/–ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗಂಡಾಂತರ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಲು ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯ ಸೇವೆ ಇಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ.1500/–ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮಗೆ ಗೊತ್ತಿದೆಯೆ? ಎಂದು ಕೇಳಿದಾಗ ಕಂಡುಬಂದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 6.13ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.13

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾಯೊಜನೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	70.0	69.0	139	69.5
02.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	30.0	31.0	61	30.5
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಎಂದರೆ ಯಾರೊಬ್ಬರಿಗೂ ತಿಳಿಯಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ

ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಹಣ ನೀಡುತ್ತಾರಲ್ಲ ಅದು ಗೊತ್ತಿದೆಯಾ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಅದು ಗೊತ್ತು ಎನ್ನುವ ಉತ್ತರ ನಿಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.53.5ರಷ್ಟು ಜನರು ನಿಗದಿತ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಗ್ರಾಮದ ಬಹುಪಾಲು ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ರೂ.500/-ಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ಸರಕಾರದ ಹಣ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಅವರ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಕಿರಿಕಿರಿ ಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಮಯ, ಹಣ, ಅವರಿವರನ್ನು ಬೇಡುವುದು ನಮಗೆ ತಪ್ಪುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದರಲ್ಲದೆ, ಎಷ್ಟೋ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತ ದಾಖಲೆಗಳು ಒದಗಿಸಲಾಗದೆ ಹಣ ಪಡೆಯದಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ: ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು 2007-08ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡದವರಿಗೆ ಮೀಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ಶೇ.16.2ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಶೇ.6.55ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದವರಿದ್ದು ಈ ಪಂಗಡಗಳಲ್ಲಿ ಬಡ ಕುಟುಂಬದವರೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದಾರೆ(ರಾ.ಆ.ಕು.ಕ.ಇಲಾಖೆ ಕೈಪಿಡಿ-2008). ಇವರು ರೋಗ ರುಜಿನಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದು ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆ ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿಯ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಮಾದರಿಯಂತೆ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಯೋಜನೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಸಹಕಾರ ಇಲಾಖೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಜಾರಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನೂ ಸಹ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಒಪ್ಪಂದ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ ಪಡಿತರ ಚೀಟಿ(ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್)ಅಥವಾ ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಮತ್ತು ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವ ಫಲಾನುಭವಿ ಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಮೇಳಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಅನುಮತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ

ಯೋಜನೆಯಡಿ ಗುರುತಿಸಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಯಶಸ್ವಿನಿ ವಿಮಾ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.14

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ) ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ) ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ.
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	0.0	0.0	00	0.0
02.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	100.0	100.0	200	100.0
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕ–6.14ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಕಡು ಬಡ ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುವ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಗೊತ್ತಿದೆಯಾ? ಎಂದು ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಯಾವೊಂದು ಕುಟುಂಬದವರಲ್ಲಿಯೂ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಯಾರೊಬ್ಬರಿಗೂ ತಿಳಿಯದಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಜನರು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಾಕಷ್ಟು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಅರಿವಿಗೆ ಬರದೆ ನಿಗಧಿತ ಗುರಿಸಾಧನೆಯಿಂದ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕೇಳಿದರೆ ಆಯೋಜನೆಯಡಿ ಸೇವೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಅದೇ ಯೋಜನೆಯೆಂದು ಜನರಿಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ. ಜನರಿಗೆ ಯಾವಯೋಜನೆಯಾದರೇನು? ಅವರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಿಗಬೇಕು ಅಷ್ಟೆ ಯಾವಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಿದರೂ ಅವರಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಉತ್ತರ ಸಿಕ್ಕಿರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ: ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿ ಈ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದೆ. 2012ರ ವೇಳೆಗೆ ಶಿಶುಮರಣದ ದರವನ್ನು 1000ಕ್ಕೆ 30ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ತಾಂದಿರ ಮರಣವನ್ನು ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ 90ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಈ ಯೋಜನೆ ಹೊಂದಿದೆ. ಈಗ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮರಣ ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ದರ ಪ.ಜಾತಿ

ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಬಡ ಕುಟುಂಬದವರು ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೂಲಿಗೆ ಹೋಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೇ ಹಣಕಾಸಿನ ಮುಗ್ಗಟ್ಟಿನಿಂದ ಸರಿಯಾದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯದೇ ಸಮಸ್ಯೆ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಲು ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಹಣಕಾಸು ನೆರವು ನೀಡುವುದು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು 2ನೇ ಮತ್ತು 3ನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ತಪಾಸಣೆಯ ನಂತರ ರೂ.1000/–ಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ನಂತರ ರೂ.500/–ಮೊತ್ತದ ಸೀರೆ ಕುಪ್ಪಸಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ರೂ.500/–ಗಳ ಚೆಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಗೆ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ ಇದಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಪ್ರತಿ ಫಲಾನುಭವಿಗೆ ರೂ.2000/–ಗಳಷ್ಟು ಸಹಾಯ ಧನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.15

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ) ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ) ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ.
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	0.0	0.0	00	0.0
02.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	100.0	100.0	200	100.0
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿಯ ಯಾರಿಗೂ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದ ಮೇಲೆ ಅನುಕೂಲ ಪಡೆಯುವುದಾದರೂ ಹೇಗೆ? ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿದ್ದು ಸರಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಯಾಸ ಪಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತೇ ಇಲ್ಲ ಎಂದಮೇಲೆ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಸಾಕಷ್ಟು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವುದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರವನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ: ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರ 15.08.2007ರಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿರುತ್ತದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ

ವತಿಯಿಂದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದು ಸರಕಾರದ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಾಣಂತಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಡವರು, ಕಡುಬಡತನ ಕುಟುಂಬದ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸೇವೆ ಸಿಗದೆ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಸರಕಾರದ ವತಿಯಿಂದ ಈ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅವಷ್ಯವಿರುವ ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಿಟ್ ಅನ್ನು 'ಮಡಿಲು' ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

2001ರ ಜನಗಣತಿ ಪ್ರಕಾರ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 10ಲಕ್ಷ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಆಗುತ್ತಿದ್ದು, ಆ ಪೈಕಿ ಸುಮಾರು 7ಲಕ್ಷ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ವರ್ಗದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 3.50ಲಕ್ಷ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಆಗುತ್ತಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ಸಂತಾನ ಹೊಂದಿರುವ ಹೆರಿಗೆಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿರುತ್ತವೆ(ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರದ ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯ ಕೈಪಿಡಿ–2008). ಇದರನ್ವಯ ಸುಮಾರು 1.4ಲಕ್ಷ ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು "ಮಡಿಲು" ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ.67ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಇದನ್ನು 2010ನೇ ಇಸವಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ.90ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವಲ್ಲಿ "ಮಡಿಲು" ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಡಿಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರಯೋಜನ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ, ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಆರೈಕೆ, ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೈಕೆ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರು ಹಾಗೂ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುವವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಈ "ಮಡಿಲು" ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ತಾಯಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಕಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ರೂ.825/–ಮೌಲ್ಯದ ವಿವಿಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಇರುತ್ತವೆ.

ಈ ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ–6,16ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.16

ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ.
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	80.0	75.0	155	77.5
02.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	20.0	25.0	45	22.5
	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟಿನ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬದವರು ತಿಳಿದಿದೆ ಎಂದು ಶೇ.80ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮ ಕುಟುಂಬ ಶೇ.75ರಷ್ಟು ಸದಸ್ಯರು ಗೊತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಂದರೆ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.77.5ರಷ್ಟು ಜನರು ಈ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಶೇ.22.5ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಆರಂಭಗೊಂಡ ಈ ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಈ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯ ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ತಾಯಿಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ: ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಮತ್ತು ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಿಗಾಗಿ ರೂಪಿಸಿದ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಗೋಸ್ಕರ ಹಾಗೂ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ತಪ್ಪಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇರೆಗೆ ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ–6.17ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-6.17

ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ತಾಯಿಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ.
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	0.0	0.0	00	0.0
02.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	100.0	100.0	200	100.0
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ 6.17ನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಎರಡು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿಯ ಯಾರಿಗೂ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದಮೇಲೆ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಈ ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ, ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿಯಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ತಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಒಂಗಡದ ಹಾಗೂ ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಲು ರೂಪಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳಾಗಿವೆ.ಇವುಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಕ್ರಿಐಆಶೀಲವಾಗಿ, ಹೆಚ್ಚುಆಕರ್ಶಕವಾಗಿ, ಹೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಈ ಮೂರು ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆಯೇ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಈ ಹಿಂದಿನ ಕೋಷ್ಟಕಗಳ ಮೂಲಕ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಘಾಗಿ ಒರಚಾರ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವ ಕ್ರಮ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಗದಿತ ಸಮುದಾಯದ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರವನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯವಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ ಯೋಜನೆ: ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಅಕಸ್ಮಿಕ ಅಫಘಾತಗಳ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಕರ್ನಾಕದಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. 108ಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್/ ಮೊಬೈಲ್ ನಿಂದ ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು. ಯಾವುದೇ ಗಂಭೀರ ತರ್ತು ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಜನರಿಗಾಗಿ ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳು ಉಚಿತ ಸೇವೆ ನೀಡಲು ಸಜ್ಜಾದ ವಾಹನ ಇದಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಕವಚ ಯೋಜನೆಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿದೆ. 01,ನವೆಂಬರ್ 2008ರಂದು ಸುಮಾರು 66 ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಶೇಷತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ವಾಹನಗಳಿಂದ ಆರಂಭವಾದ ಈ ಯೊಜನೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವೆ ಸರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಮಾದರಿಯಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಮತ್ತು ಹೈದರಾಬಾದ್‌ನ ಇ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿದೆ ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ

ನಡೆಸಲು ಒಡಂಬಡಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಬಹು ಉಪಯೋಗಿ ಯೋಜನೆಯಾಗಿ ಇಂದು ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಗಾಯಾಳುಗಳು, ಲಕ್ವ, ಉಸಿರಾಟದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಧೃದಯಾಘಾತ, ಮಧುಮೇಹ, ಹೆರಿಗೆ/ಗರ್ಭಿಣಿ, ಪ್ರಾಣಿಗಳು ಕಚ್ಚಿದಾಗ, ಸುಟ್ಟಗಾಯಗಳು, ಸೋಂಕು ರೋಗ, ಆಕಸ್ಮಿಕ ಬೆಂಕಿ, ಅಪಘಾತದಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ವಿಶಜಂತುಗಳು ಕಡಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ನೆರವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–6.18

ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ ಯೋಜನೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿವರ

ಕ್ರಸಂ.	ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ ಯೋಜನೆ	ಗಾದಿಗನೂರು (ಹೊಸಪೇಟೆ)ಶೇ.	ಆಲೂರು (ಕೂಡ್ಲಿಗಿ)ಶೇ.	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಶೇ. ಪ್ರಮಾಣ
01.	ಗೊತ್ತಿದೆ	73.0	69.0	142	71.0
02.	ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	27.0	31.0	58	29.0
	ಒಟ್ಟು	**100.0**	**100.0**	**200**	**100.0**

ಆಧಾರ: ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ 6,18ನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚದ ಬಗ್ಗೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಆಲೂರು ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗೆ ಸೇರಿದ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಒಟ್ಟು ಶೇ.29ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಹೆಚ್ಚು (ಶೇ.31ರಷ್ಟು) ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದು ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕು ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಯೋಜನೆಗೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಕೆಲವು ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತಿಳುವಳಿಕೆ(ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮಡಿಲು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ, ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಇತ್ಯಾದಿ ಯೋಜನೆಗಳು) ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತಿಳಿಯದಿರುವುದು ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ ಹಾಗೂ ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಜನರಿಗೆ ಯೋಜಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯೇ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸರಕಾರದ ಪ್ರಚಾರವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ(ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮಡಿಲು, ಜನನಿಸುರಕ್ಷಾ ಇತ್ಯಾದಿ) ಕವಚ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಚಾರ ಮತ್ತು ಅದರ ಪ್ರಸ್ತುತತೆ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯತೆಯಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ. ಉಳಿದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ರೂಪಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಚಾರದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಯುವಂತೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪ್ರಚಾರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದು.

ಅಧ್ಯಾಯ : ಏಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹಾಗೂ ಪಾಲುದಾರರ/ ಭಾಗಿದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

7.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

7.2 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

7.3 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಅಧ್ಯಾಯ : ಏಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹಾಗೂ ಪಾಲುದಾರರ/ ಭಾಗಿದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

7.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

"ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಉತ್ತಮವಾಗಬೇಕಾದರೆ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ(ಆತ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿರಲಿ, ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲಿರಲಿ, ಆತ ಯಾವುದೇ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವನಾಗಿರಲಿ) ಅಗತ್ಯ ಬಿದ್ದಾಗ ಸೂಕ್ತ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುವಂತಾಗಬೇಕು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟ ಗರಿಷ್ಟ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರಬೇಕು. ಇದಕ್ಕೆ ಆಗಬೇಕಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೇನು? ನಡೆಸಬೇಕಾದ ಕೆಲಸಗಳೇನು? ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು 1983ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಡಿ ಜರುಗಿದ 150ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ತಜ್ಞರ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ಮೇಲಿನ ಗುರಿಸಾಧನೆಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಧಾನವೇ ರಾಜಮಾರ್ಗ ಎಂದು ಘೋಷಿತವಾಯಿತು. ಹಾಗಾಗಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ತನ್ನೆಲ್ಲ ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಈ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಆದೇಶ ನೀಡಿತು. ಅವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರಿಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಿಗುವಂತಾಗಬೇಕು. ಅದು ಅವರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತಾಗಬೇಕು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಅವರು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವಂತಿರಬೇಕು. ಹಾಗೆಯೇ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುವ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಕೇಂದ್ರ ಅವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚೆಂದರೆ 2ಕಿ.ಮೀ. ಅಂತರದಲ್ಲಿರಬೇಕು. ಪುಟ್ಟದಾಗಿರಬೇಕು. ಉಚಿತವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ದರದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಿಗಬೇಕು ಹಾಗೂ ಜನರ ನಂಬಿಕೆ ಗಳಿಸುವಂತಿರಬೇಕು" (ಡಾ.ಸಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್–1997). ಈ ಉದ್ದೇಶವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅಂದಿನಿಂದಲೂ ಅಗತ್ಯ ಸಹಕಾರ ಮತ್ತು ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ನೀಡುತ್ತಾ ಬಂದಿರುವುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಓದಿ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಕನಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸವಲತ್ತು ಹೊಂದಿದ ಸಣ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಬಂದು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ನೀಡಲು ಮುಂದಾಗದಿರುವುದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ತೊಡಕಾಗಿರುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಸವಾಲಾಗಿದೆ.

ಸರಕಾರದ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದಾಗಿಯೂ, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಹಲವಾರು ಸಹಕಾರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ದಿನಿತ್ಯದ ಪ್ರಕಟಣೆಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಸರಕಾರದ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ನಿಯಮ ಪ್ರಕಾರ ಸಿಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ದೂರು ಇದ್ದೇ ಇದೆ. ಅವು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ, ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ, ಹಣಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣ ನೀಡದವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ, ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ/ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ, ರಾತ್ರಿವೇಳೆ ಊರಲ್ಲಿ/ಉಪಕೇಂದ್ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಬಂದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ, ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಆಪಾದನೆಗಳು ಎಲ್ಲಾಕಡೆ ಕೇಳಿಬರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳ ಸತ್ಯಾಸತ್ಯತೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಆರೊಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು ಹಾಗೂ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಹಾಗೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು, ರೋಗಿಗಳು, ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳವರ ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಕ್ರೂಢೀಕರಿಸಿ ಇವರಿಬ್ಬರ(ಸೇವೆ ನೀಡುವವರು ಮತ್ತು ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವವರು) ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತುಲನೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 10 ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು, 60 ಎ.ಎನ್.ಎಂಗಳನ್ನು(51 ಮಹಿಳೆಯರು; 09 ಪುರುಷರು), 50 ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು, 20 ವಿವಿಧ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖಂಡರುಗಳನ್ನು, 20 ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತ್ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶನಮಾಡಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು 350 ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

'ಫಲಾನುಭವಿಗಳು' ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಈ ನನ್ನ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಯಾರು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೋ ಅಥವಾ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೋ(ರೋಗಿಗಳು, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು) ಅವರುಗಳೆಂದು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. 'ಪಾಲುದಾರರು/ಭಾಗೀದಾರರು' ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಾದ–ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಎರಡು ರೀತಿಯ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಒಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವವರ (ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಕಿ.ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು) ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸಂಗ್ರಹಿಸುಲು. ಎರಡು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವವರ(ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳು) ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ರಚಿಸಲಾಗಿತ್ತು.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕುರಿತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಪಾಲುದಾರರಾದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸರಕಾರ ನೀಡುವ ಔಷಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರನಮಗಳ ಮತ್ತು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳು; ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಾಗಿದೆ. ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ, ಎಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ಸಂಗ್ರಹ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಚರ್ಚೆ, ಮೂರನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವವರ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯಲ್ಲಿ ಮೂರು ಭಾಗವನ್ನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಂಡು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಒಂದನೇ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು, ಅಂದರೆ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಔಷಧೋಪಕರಣಗಳು ಸರಬರಾಜು ಆಗುತ್ತಿವೆಯೆ? ಸರಬರಾಜಾದ ಸಾಮಗ್ರಿ ಅಥವಾ ಔಷಧಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹೇಗಿರುತ್ತದೆ? ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ನೀರು, ವಿದ್ಯುತ್, ಶೌಚಾಲಯ, ಪೀಠೋಪಕರಣ, ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆಯೆ? ಕೇಂದ್ರದ ಶುಚಿತ್ವ, ನಿಯೋಜಿತಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ತರಬೇತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೆ? ಅವರ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕತೆ, ಶ್ರದ್ಧೆ ಮತ್ತು ದಕ್ಷತೆ ಯಾವರೀತಿ ಇದೆ? ಸಮಯ ಪ್ರಜ್ಞೆ, ರೋಗಿಯ ಹಾರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕತೆ ಮತ್ತು ಮಮಕಾರ, ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವನೆ ಯಾವರೀತಿ ಇದೆ? ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜಾರಿಗೊಂಡಿವೆಯೆ? ಎನ್ನುವ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಪ್ರಶ್ನಿಸಲಾಯಿತು.

ಎರಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಯಾವರೀತಿಯ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಬರುತ್ತಾರೆ? ಯಾವ ವಯಸ್ಸಿನವರು ಹೆಚ್ಚು ಬರುತ್ತಾರೆ? ಅವರಿಗೆ ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆಯೆ? ಇದ್ದರೆ ಅವು ಸಾಕಾಗುತ್ತವೆಯೆ? ಯಾವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಬರುತ್ತಾರೆ?-ಅಂದರೆ ರೋಗಬಂದ ತಕ್ಷಣ ಅಥವಾ ಸುಸ್ತಾಗಿ ಕೊನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬರುತ್ತಾರೆಯೆ? ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೇಲೆ ರೋಗಿಯ ಮನಸ್ಥಿತಿ ಯಾವರೀತಿ ಇದೆ? ನೀವು ನೀಡಿದ ಔಷದೋಪಚಾರವನ್ನು ಜನರು ಮನಸಾರೆ ಒಪ್ಪುತ್ತಾರೆಯೆ? ನೀವು ನೀಡಿದ ಔಷಧಗಳಿಂದ ರೋಗಿ ಗುಣಮುಖರಾಗುತ್ತಾರೆಯೆ? ನೀವು ಹೇಳಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸುತ್ತಾರೆಯೆ? ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು.

ಮೂರನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಸರಕಾರದ ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ, ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ, ಹಣಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣನೀಡದವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ, ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ/ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ, ರಾತ್ರಿವೇಳೆ ಊರಲ್ಲಿ/ಉಪಕೇಂದ್ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಬಂದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ, ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಆಪಾದನೆಗಳಿವೆ. ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ರಚಿಸಿರ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನೂ ಕೂಡ ಎರಡು ಭಾಗವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಯಿತು. ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಕರಿತು–ಊರಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಯಾವುವು? ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಊರಿಗೆ ಭೇಟಿ, ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯ ಭೇಟಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದೂರ, ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಲಭ್ಯತೆ, ವೈದ್ಯರ ತಪಾಸಣೆ, ವೈದ್ಯರ ತಾತ್ಸಾರ, ರೋಗಿಯನ್ನು ಮೊದಲು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವವರು(ವೈದ್ಯರು/ನರ್ಸ್/ಎ.ಎನ್.ಎಂ/ಕಾಂಪೌಂಡರ್) ಯಾರು? ಪ್ರತಿದಿನ ವೈದ್ಯರು ಬರುತ್ತಾರೆಯೆ? ಉಚಿತ ಔಷಧ ವಿತರಣೆ ಇದೆಯೆ? ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹಣ ನೀಡುವಿರಾ? ಹಣ ನೀಡದಿದ್ದರೆ ಏನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹಣನೀಡಿದರೆ ಯಾವರೀತಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುತ್ತಾರೆ? ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸುತ್ತೀರಾ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗಿತ್ತು.

ಎರಡನೆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು–ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಹಾರೈಕೆ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಔಷದೋಪಚಾರ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆ, ಜೀವಸತ್ವ ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಗುಳಿಗೆಗಳ ಹಂಚಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ಪರಿಣಿತರಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಪ್ರಚಾರ(ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ, ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ, ವಂಕಿ, ಮಾತ್ರೆಗಳು, ನಿರೋದ್ ಇತ್ಯಾದಿ). ಅರ್ಹದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮನವೊಲಿಸುವಿಕೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು

ಹರಡದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಕುರಿತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

7.2 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಲ್ಲಿ ಜನರ ಧಾರಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ವಿಸ್ತರಣೆಗೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಇರುವ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚಿಗಳ ಪೈಕಿ ಮೊದಲನೆಯದು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಾಯಸ್ಸುಳ್ಳ ಜೀವನವಾಗಿದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಾಯುಷ್ಯಕ್ಕಾಗಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಹಾರೈಕೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರ, ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಔಷದೋಪಚಾರ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆ, ಜೀವಸತ್ವ ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಗುಳಿಗೆಗಳ ಹಂಚಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರಪೋಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ಪರಿಣಿತರಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಪ್ರಚಾರ(ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ, ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ, ವಂಕಿ, ಮಾತ್ರೆಗಳು, ನಿರೋದ್ ಇತ್ಯಾದಿ). ಅರ್ಹದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮನವೊಲಿಸುವಿಕೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹರಡದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಕ್ರಮ ಇನ್ನೂ ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರು, ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರುಗಳು ತಮ್ಮ ಸೇವಾ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಕುರಿತು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಸೂಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತಮವಾಗಿರಬೇಕೆಂದಾದರೆ ಶುಚಿತ್ವ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಹಾಗೂ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಬಳಕೆ ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ. ಮನೆಯ ಒಳಗೆ ಹೊರಗೆ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಶುಚಿತ್ವವನ್ನು ಕಾಪಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ. ಇದನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಾವಾಗಿಯೇ ತಡೆಯಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ಹೇಳಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಶುಚಿತ್ವದ ಮಟ್ಟ ನೀವು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪ್ರದೇಶದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಇದೆ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಜನರಿಗೆ ಬಡತನ ಅನ್ನುವುದು ಒಂದು ಶಾಪವಾಗಿದೆ. ಮನೆ, ಮಕ್ಕಳು, ಹಬ್ಬ, ಮದುವೆ, ಮತ್ತಿತರ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳ ಆಚರಣೆಗೆಂದು ಹೆಚ್ಚು ಹಣವನ್ನು ವ್ಯಯಮಾಡುವ ಇವರು, ತಮ್ಮ ಮನೆಯನ್ನು ಶುಚಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಪರಿಸರ ಶುಚಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಮಲಮೂತ್ರಗಳನ್ನು ನಿಗದಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಶೌಚಾಲಯ ಕಟ್ಟಿಸಿಕೊಂಡು ಬಳಸಬೇಕು, ಮನೆ ತಾಜ್ಯಗಳನ್ನು ಕಂಡಕಂಡಲ್ಲಿ ಎಸೆಯಬಾರದು, ಶುಭ್ರವಾದ, ಶುಚಿಯಾದ ಕೈಗಳಿಂದ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಎಲ್ಲದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಕನಿಷ್ಟ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆಗಾಗಿ ನಾವು ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಆದರೆ ಇದನ್ನು ಹೇಳುವ ತನಕ ಕೇಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಆಚರಣೆಗೆ ತರಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆತೇ ಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ನಾನಾರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗಿ ಕಷ್ಟಪಡುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಬಹುತೇಕ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ಸಂದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅಧ್ಯನ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಾದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 25 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ 50 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟು 75 ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು (ವೈದ್ಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಮೂಡಿಬಂದಿರುವ ಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ 7.1ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–7.1

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅನಿಸಿಕೆಗಳು

ಕ್ರಸಂ	ವಿವರ	ಲಭ್ಯತೆ		ಒಟ್ಟು(75)	ಹೊಸಪೇಟೆ(25)	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ(50)	ಶೇ.ವಾರು
01	ಸರಕಾರಿ ನಿಯಮದನ್ವಯ ಔಷಧಗಳ ಸರಬರಾಜು	ಆಗುತ್ತಿದೆ ಆದರೆ	ಸಾಲುತ್ತದೆ	10	03	07	13.3
			ಸಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ	65	22	43	86.7
		ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ		–	–	–	–
		ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ		–	–	–	–
02	ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ (ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ)	ಆಗುತ್ತಿದೆ		11	05	06	14.7
		ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ		64	20	44	85.3
		ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ		–	–	–	–
03	ಸರಬರಾಜು ಆಗುತ್ತಿರುವ ಔಷಧಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ	ಚೆನ್ನಾಗಿದೆ		68	22	46	90.7
		ಚೆನ್ನಾಗಿಲ್ಲ		–	–	–	–
		ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ		7	3	4	9.3
04	ಕೇಂದ್ರದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು–ನೀರು	ಇದೆ		48	12	36	64.0
		ಇಲ್ಲ		27	13	14	36.0
05	ಇದೆಯಾದರೆ ಉಪಯೋಗಿಸಲು	ಬರುತ್ತದೆ		54	17	37	72.0
		ಬರುವುದಿಲ್ಲ		21	8	13	28.0
06	ವಿದ್ಯುತ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	ಇದೆ		15	5	10	20.0
		ಇಲ್ಲ		60	20	40	80.0
07	ಶೌಚಾಲಯ	ಇದೆ		75	25	50	100.0
		ಇಲ್ಲ		–	–	–	–

09	ಇದೆಯಾದರೆ	ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ	18	6	12	24.0
		ಬಳಸಲು ಬರುತ್ತಿಲ್ಲ	57	19	38	76.0
10	ಪೀಠೋಪಕರಣ	ಇವೆ	75	25	50	100.0
		ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ	58	19	39	77.3
		ಬಳಸಲು ಬರುತ್ತಿಲ	17	6	11	22.7
11	ಯಂತ್ರೋಪಕರಣ	ಇವೆ	75	25	50	100.0
		ಇಲ್ಲ	–	–	–	–
12	ಕೇಂದ್ರದ ಶುಚಿತ್ವ	ಚೆನ್ನಾಗಿದೆ	45	12	33	60.0
		ಚೆನ್ನಾಗಿಲ್ಲ	30	13	17	40.0
		ತುಂಬಾ ದೂಳು	30	13	17	40.0
13	ರೋಗಿಗಳ ಹಾರೈಕೆ	ತಕ್ಷಣ ಶುಶ್ರೂಷೆ	75	25	50	100.0
		ಒಬ್ಬೊಬ್ಬರಂತೆ	–	–	–	–
14	ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವ	ಪ್ರಾಮಾಣಿಕತೆಯಿಂದ	75	25	50	100.0
		ಕರ್ತವ್ಯ ನಿಷ್ಠೆಯಿಂದ	75	25	50	100.0

ಮೂಲ: ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ 7.1ರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಭೌತಿಕ ಉಪಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಪರಿಕರಗಳ ಸರಬರಾಜು, ಗುಣಮಟ್ಟ ಇನ್ನಿತರೆ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು 14 ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಜನರ ರೋಗ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಔಷಧಗಳು ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ವೈದ್ಯಕೇಂದ್ರಗಳ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.86.7ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸರಕಾರದಿಂದ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿರುವ ಔಷಧಗಳು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವವರ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.13.3ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ, ಸರಬರಾಜಾಗುವ ಔಷಧಗಳು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುವವರ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ.85.3ರಷ್ಟಿದೆ. ಔಷಧಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಚೆನ್ನಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಶೇ.90.7ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. / ಹಾಗೆಯೇ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ನೀರಿನ ಸರಬರಾಜು ಶೇ.64ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಶೇ.36ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನೀರಿನ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಆದರೆ ವಿದ್ಯುತ್ ತೊಂದರೆ ಇರುವುದನ್ನು ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.80ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹೇಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತ್ ಅವರು ವಿದ್ಯುತ್ ಬಿಲ್ ಪಾವತಿಸದಿರುವುದಾಗಿ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಆಲೂರು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೌಚಾಲಯಗಳು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಎರಡೂ ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೆ ಇವುಗಳ ಬಳಕೆ ಮಾತ್ರ ಒಟ್ಟು ಶೇ.24ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ, ಉಳಿದ ಶೇ.76ರಷ್ಟು

ಶೌಚಾಲಯಗಳು ಹಾಳಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸರಕಾರ ನೀಡಿರುವ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳು ಶೇ.100ರಷ್ಟಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಮಾಡಲು ಬರುತ್ತಿರುವವು ಶೇ.77.3ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ, ಉಳಿದ ಶೇ.22.7ರಷ್ಟು ಉಪಕರಣಗಳು ಹಾಳಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೇಂದ್ರದ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಶೇ.60ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಒಟ್ಟು ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ತುಂಬಾ ದೂಳು ತುಂಬಾ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಿಗಳು ಶುಶ್ರೂಷೆಗಾಗಿ ಬಂದ ಕೂಡಲೆ ಉಪಚರಿಸುವುದಾಗಿ ಒಟ್ಟು ಶೆ.100ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಕಾಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಉದ್ದನೆಯ ಸಾಲು ಇರುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇವೆರಡರ ನಡುವೆ ವೈರುದ್ಯವಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಒಟ್ಟು 14 ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಹಲವಾರು ಭೌತಿಕ ಅಂಶಗಳು ಇರಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇವೆಯಾದರೂ, ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಕುರಿತಂತೆ ಕೊರತೆ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ತಿಳಿಯುವುದೇನೆಂದರೆ, ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿಗಿಂತಲೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ ಅಧಿಕವಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ತೀವ್ರತೆಯು ಸಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚು ಇದೆ. ಅಂದರೆ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗಿಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಮಾಜದ ಎಲ್ಲ ಪಾಲುದಾರರು ಪಾತ್ರರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಲ್ಲ ಪಾಲುದಾರರು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅನಿಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ–7.2ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–7.2

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅನಿಸಿಕೆ

ಕ್ರಸಂ	ವಿವರ	ಲಭ್ಯತೆ	ಹೊಸಪೇಟೆ	ಕೂಡ್ಲಿಗಿ
01	ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ	ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ	25	50
		ಕಾಳಜಿ ಇಲ್ಲ	–	–
		ಶುಚಿತ್ವದ ಕೊರತೆ	20	43
02	ಊರವರು ರೋಗ ಬಂದ ಕೂಡಲೆ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ	ಬರುತ್ತಾರೆ	20	41
		ಬರುವುದಿಲ್ಲ	5	9
03	ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು	ಇದೆ	25	50
		ಇಲ್ಲ	–	–
04	ಇದೆಯಾದರೆ ಯಾವರೀತಿ ಇದೆ	ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಬರಬೇಕೆಂದು ಕೇಳುತ್ತಾರೆ	25	50
		ಉಚಿತ ಔಷಧಗಳು ಕೊಡಬೇಕು	25	50
		ಔಷಧಗಳ ಎಕ್ಸ್‌ಪೈರ್ ದಿನಾಂಕ ಗಮನಿಸುತ್ತಾರೆ	25	50
		ಬಾಣಂತಿ/ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ತಪಾಸಣೆ	25	50
		ಮಗುವಿನ ಹಾರೈಕೆ	25	50
		ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ಬೇಡಿಕೆ	25	50
		ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು ಬೇಡಿಕೆ	25	50
		ಪ್ರಸೂತಿ ಹಾರೈಕೆ ಸಹಾಯ ಧನ	25	50
05	ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಡೆಸುತ್ತಿರಾ?	ಹೌದು	25	50
		ಇಲ್ಲ	–	–
06	ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಹಾರೈಕೆ	ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ	25	50
		ಇಲ್ಲ	–	–
07	ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೆ?	ಹೌದು	25	50
		ಇಲ್ಲ	–	–

ಮೂಲ: ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ರೋಗಿಗಳ ಅಥವಾ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ನಡವಳಿಕೆ ಪ್ರತಿ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲೂ ಪ್ರಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ. ಇವರ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರು ನೀಡಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗ ತಗುಲಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದುತ್ತಾರೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ರೋಗ ಗುಣವಾದ ನಂತರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅಥವಾ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುವ ವೈದ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ರೋಗ ಬಂದ ಕೂಡಲೆ ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲ. ಔಷಧವಿಲ್ಲ, ಸರಿಯಾಗಿ ಉಪಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಮನೆಮನೆಗೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ, ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಕಾಯಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬೆಲ್ಲ ಅಪವಾದಗಳಿಂದ ಮಾತನಾಡುವುದು ಸಹಜವಾಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ರೋಗತಗುಲಿದ ನಂತರ ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಜನರು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಜನರು ರೋಗಬಂದ ಕೂಡಲೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಒಟ್ಟು ಶೇ.81ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೇಳಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಆದರೆ ಉಳಿದ ಒಟ್ಟು ಶೇ.19ರಷ್ಟು ಜನರು ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿದೆಯೆಂದು ಒಟ್ಟು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಮಕ್ಕಳ ಲಸಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಒಟ್ಟು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸುಸಜ್ಜಿತವಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರೂ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ರೋಗಗಳಿಗೂ ಶುಶ್ರೂಷೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಮನದಾಳದ ನುಡಿಗಳಾಗಿವೆ.

ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಾರೈಕೆಗೆ ಸರಕಾರ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿದೆ. ಈ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಮೇಲಿದೆ. ಇವುಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ವಿತರಣೆ ಕುರಿತು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ನಿವಾರಣ ಸಮಿತಿ ವರದಿ-2002ರ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ನೀಡಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ವಿವರವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ-7.3ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–7.3

ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜಾರಿಗೊಂಡಿರುವ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಗ್ರಾ.ಆ.ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು	ಹೊಸಪೇಟೆ						ಕೂಡ್ಲಿಗಿ					
		ವೈದ್ಯರು			ಆ.ಕಾ.ಕರ್ತೆಯರು			ವೈದ್ಯರು			ಆ.ಕಾ.ಕರ್ತೆಯರು		
		ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು (ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು (ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು (ಶೇ.)	ಒಟ್ಟು	ಇಲ್ಲ	ಹೌದು (ಶೇ.)
01	ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
02	ಹೆರಿಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
03	ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
04	ಪ್ರಸೂತಿ ಹಾರೈಕೆ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
05	ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
06	ತಾಯಂದಿರ ಸಭೆ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
07	ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಕುರಿತ ಶಿಬಿರ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100
08	ಗೀತೆ ಮೂಲಕ ಶುಚಿತ್ವ ತಿಳುವಳಿಕೆ	07	0	100	20	–	100	08	–	100	40	–	100

ಮೂಲ: ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಕೋಷ್ಟಕ–7.3 ಅನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸರಕಾರದ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳು ನೂರಕ್ಕೆ ನೂರರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರ ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಿದೆ. ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೊಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತಂದಿದೆ. ಅವುಗಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, ಹೆರಿಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಪ್ರಸೂತಿ ಹಾರೈಕೆ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯ, ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ತಾಯಂದಿರ ಸಭೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಕುರಿತ ಶಿಬಿರ, ಹೆರಿಗೆ ಭತ್ಯೆಯಂತಹ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಂದಿದೆ. ಇವುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳೆರಡರಲ್ಲಿಯೂ ನೂರಕ್ಕೆ ನೂರರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಊರಿನವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಜನಸಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಬಡವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಮೂಡಿಬಂದಿದೆ.

ಹಾಗೆಯೇ, ಜನರು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತರಾದಾಗ ವೈದ್ಯರ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಬಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಂದ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿಸಿ ಔಷದೋಪಚಾರ ಮಾಡಿ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆ ನೀಡಿ ಕಳುಹಿಸುತ್ತೇವೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಗುಣಮುಖರಾದರೆ ಸಾಕು ಹಿಂದಿನ ನೋವು, ಯಾತನೆಯನ್ನು ಮರೆತು ಎಂದಿನಂತೆ ತಾವು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಆಹಾರ, ಮಧ್ಯಸೇವನೆ, ಧೂಮಪಾನ ಸೇವನೆಯಂತಹ ಕಲಿತ ಚಾಳಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುತ್ತಾರೆಂಬುದನ್ನು ಬಹಳ ನೋವಿನಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ, ಹಿಂದುಳಿದ ಜಾತಿಗಳವರು ಹಾಗೂ ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯಾತರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ (ಶೇ.99ರಷ್ಟು) ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಕಿ.ಆ.ಸಹಾಯಕಿಯರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾ. ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿದ ಇತರ ಮುಂದುವರೆದ ಜಾತಿಯವರು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಹಣವಿಲ್ಲದವರು ಮಾತ್ರ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಲು ಬರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದಂತಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ದೂರವಿದ್ದರೂ ಸಹಾ ಜನರು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಯಸಿ ಬರುವುದಾಗಿಯೂ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಲ್ಲ ಜಾತಿ ಧರ್ಮದ ಜನರು

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಎಲ್ಲ ಜಾತಿ ಜನವರ್ಗದಲ್ಲೂ ಶಿಕ್ಷಣ ಮಟ್ಟ ಸುಧಾರಿಸಿದೆ. ಮಾಧ್ಯಮದ ಮೂಲಕ ಕೂಡ ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ವೈದ್ಯರುಗಳ, ಜನರು ಕೊಟ್ಟ ಔಷಧಗಳ ಎಕ್ಸ್‌ಪೈರ್ ಡೇಟನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವಷ್ಟು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಉಳ್ಳವರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ತಮಗೆ ಏನಾದರೂ ಉಷಾರಿಲ್ಲದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ತಾವಾಗಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಮುಂದಾಗುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹಿಂದಿನಂತೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು ಜನರಲ್ಲಿ ಹಿಂಜರಿಕೆ ಇಲ್ಲ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಗ್ರಾಮದ ಜನರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಜನರು ಈಗ ಮನೆ ಔಷಧಿಗೆ ಮೊರೆಹೋಗುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಮಾಟ ಮಂತ್ರ ಮುಂತಾದ ಮೌಢ್ಯ, ಗೊಡ್ಡು ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳನ್ನು ಕೈಬಿಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಬಳಸಿ ಬಿಸಾಡಬಹುದಾದ ಸಿರಿಂಜ್ ಬಂದಾಗಿನಿಂದ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಆಕಿಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಎಚ್.ಐ.ವಿ(ಏಡ್ಸ್) ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿದಾಗಿನಿಂದ ಬಡವರು ಸಹಾ ಡಿಸ್‌ಪೋಸಬಲ್ ಸಿರಂಜನ್ನು ತಾವೇ ತರುತ್ತಾರೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನು ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಆದರೆ ದಡಾರಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಜನರು ಇನ್ನೂ ಮೌಢ್ಯಕ್ಕೆ ಜೋತುಬಿದ್ದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಇನ್ನೂ ದೈವದ ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಬೇರೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ದಡಾರಕ್ಕೆ ಸಂಪ್ರದಾಯವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಸಂಪ್ರದಾಯವನ್ನು ಐದು ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಪಾಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ಐದು ದಿನಗಳ ನಂತರ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಏನೂ ಬದಲಾವಣೆ ಕಾಣದಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಅವರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಕರೆತರುತ್ತಾರೆಂಬುದಾಗಿ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಜನರಿಗೆ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಸೇವೆ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಗೊತ್ತಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಗ್ರಾಮಸ್ಥರ ಬಳಿ ಹೋಗುವುದು ಸ್ವಲ್ಪತಡವಾದರೆ ಅವರು ಬರದೇ ಇದ್ದುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಕೇಳುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಜನರ ಬೇಡಿಕೆಯಂತೆ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಕರು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವ ಎಲ್ಲ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಲಾಗದಿರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಈಗಿನ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದ ಪ್ರಕಾರ ಒಬ್ಬ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರಿಗೆ ಸುಮಾರು 10ರಿಂದ 14ಸಾವಿರ ಜನರು ಬರುತ್ತಾರೆ. ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಬ್ಬರಿಂದ ಅಸಾಧ್ಯವೆಂಬುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಬ್ಬ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಸೇವೆಗೆ 5–6 ಹಳ್ಳಿಗಳು ಒಳಪಡುವುದಾಗಿಯೂ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ನಡುವಿನ ದೂರ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದರಿಂದ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಪ್ರತಿ ಊರಿಗೆ ಹೋಗಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ

ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರತಿ ಐದುಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವೆಂಬುದಾಗಿದೆ ಆದರೆ ಈಗ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 10ರಿಂದ 14 ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವಿದೆ. ಇದು ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಸರಿಪಡಿಸಬೇಕು. ಇದು ಆಗದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಕೆಲಸದ ಹೊರೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷತೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮೂಡಿಬಂದಿದೆ.

ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಸರಕಾರದ ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ, ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ, ಹಣಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣನೀಡದವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ, ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ/ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ, ರಾತ್ರಿವೇಳೆ ಊರಲ್ಲಿ/ಉಪಕೇಂದ್ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಬಂದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ, ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಆಪಾದನೆಗಳಿವೆ. ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರು ವೈದ್ಯರಿರುತ್ತಾರೆ, ಇವರಿಗೆ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಕೆಲಸಗಳಾದ ಮೀಟಿಂಗ್‌ಗಳು, ಟ್ರೈನಿಂಗ್‌ಗಳು, ಕಾರ್ಯಗಾರಗಳು, ಕೆಲವು ಪೋಸ್ಟ್‌ಮಾರ್ಟಂ ಕೆಲಸಗಳ ಜೊತೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗುವುದಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಅದೇರೀತಿ, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ 4ರಿಂದ 5 ಹಳ್ಳಿಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ಹಳ್ಳಿಗಳ ಅಂತರ ಬಹಳ ದೂರ. ಕೆಲವು ಸ್ಥಳಗಳಿಗೆ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಜೊತೆಗೆ ಹಲವಾರು ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿ ಹಳ್ಳಿಯಿಂದ ಕಲೆಹಾಕಬೇಕು. ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಪ್ರತಿ ಗ್ರಾಮಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಇನ್ನು ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ಸುಳ್ಳು ಎಂದಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು, ಹಣಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣ ನೀಡದವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನೂ ಕೂಡ ಅಲ್ಲಗಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಆಕ್ಷೇಪ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸರಕಾರದಿಂದ ಕೊಡುವ ಔಷಧಗಳು ಮೂರುತಿಂಗಳಿಗೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತವೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಚೀಟಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದೊಂದೇ ದಾರಿ. ಚೀಟಿ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟರೆ ಜನ ಈ ರೀತಿ ಆಪಾದಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ

ಔಷಧಗಳು ಸರಬರಾಜು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಚೀಟಿನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ರಾತ್ರಿ ವೇಳೆ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಉಳಿಯುವುದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಆಪಾದನೆಗೆ, ಊರ ಹೊರಗಿರುವ ಕ್ವಾಟ್ರಸ್‌ಗಳು ಸ್ವಚ್ಚತೆ ಕಂಡಿಲ್ಲ. ಮೇಲಾಗಿ, ಊರ ಹೊರಗಿರುವ ಕಾರಣ ಊರಿನ ಕಸ ವಸತಿ ಬಳಿಯೇ ಜನರು ಆಕುತ್ತಾರೆ. ಸಾಲದ್ದಕ್ಕೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಕ್ವಾಟ್ರಸ್ ನಲ್ಲಿರುವುದು ಅಷ್ಟು ಸುರಕ್ಷಿತವಲ್ಲವೆಂದು ಮಹಿಳಾ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಹಾಗೂ ಕರ್ತವ್ಯ ಕುರಿತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಅನಿಸಿಕೆಗಳು

ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ವಂಶಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಟ ಮೂರು ಸಾರಿ ಸೂಕ್ತತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕಾಲರಾ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಕುಷ್ಠ, ಮೆದುಳುಜ್ವರಕ್ಕೆ ಲಸಿಕೆ, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, ಔಷಧಿಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತಮಪಡಿಸಲು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ಏರು ಪೇರಿದ್ದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಅವರು ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವಂತೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ ಹಳ್ಳಿಯ ಹೆಂಗಸರು ಮಗುವಿಗೆ ಎದೆಹಾಲು ಕುಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಇವರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಕ್ಷಣ ಎದೆಹಾಲಿನ ಮಹತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರ್ಥಮಾಡಿಸಿ, ಹುಟ್ಟಿದ ಮಗುವಿಗೆ ಕೋಲ್‌ಸ್ಟ್ರಂ ಇರುವ ತಾಯಿ ಹಾಲು ಕುಡಿಸುವಂತೆ ಮನವಲಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಜ್ಞರ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ವೈದ್ಯರಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಓ.ಪಿ.ಡಿ, ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮುಂತಾದ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಈಗ ಒಂದು ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿಗೆ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರಿರುತ್ತಾರೆ. ಆ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರು 40ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ದಿನದ ಸೇವಾ ಸಮಯವನ್ನು ಮೀರಿ ಸಹಾ ದುಡಿಯುತ್ತಿರುವುವುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರಕಾರ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಒಂದನೇ ತರಗತಿಯ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಡಿಪ್ತಿರಿಯಾ, ಟಿಟಾನಸ್, ಡಿ ಮತ್ತು ಟಿ

ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು, ನಾಲ್ಕನೇ ಮತ್ತು ಹತ್ತನೇ ತರಗತಿಯ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಧನುರ್ವಾಯು(ಟಿಟಿ)ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು, ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಜಂತುಹುಳುವಿನ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಕೊಡುತ್ತಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಅಲ್ಲದೆ ಒಂದರಿಂದ ಏಳನೇ ತರಗತಿಯ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಸಹಾ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆರುತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ 'ಎ' ವಿಟಮಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಸೇವೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಆರೋಪಗಳನ್ನು ಸುಳ್ಳು ಎಂದು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

7.3 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕಗಳ ಮೂಲಕ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುವವರು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇರೀತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಉಪಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವೈದ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಪಡೆದುಕೊಂಡವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳು ಊರಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಯಾವುವು? ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಅವರು ಭೇಟಿ, ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯ ಭೇಟಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಲಭ್ಯತೆ, ವೈದ್ಯರ ತಪಾಸಣೆ, ವೈದ್ಯರ ತಾತ್ಸಾರ, ರೋಗಿಯನ್ನು ಮೊದಲು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವವರು(ವೈದ್ಯರು/ನರ್ಸ್/ಎ.ಎನ್.ಎಂ/ಕಾಂಪೌಂಡರ್), ಉಚಿತ ಔಷಧ ವಿತರಣೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹಣ ನೀಡುವಿರಾ? ಹಣ ನೀಡದಿದ್ದರೆ ಏನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹಣನೀಡಿದರೆ ಯಾವರೀತಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುತ್ತಾರೆ? ಮನೆಯ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸುತ್ತೀರಾ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂದಿಸಿದಂತೆ ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕ 7.4ರಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ:7.4

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಾದಿಗನೂರು ಮತ್ತು ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಕ್ರ ಸಂ.	ವಿವರ	ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ	ಗಾದಿಗನೂರು		ಆಲೂರು	
			ಹೌದು%	ಇಲ್ಲ%	ಹೌದು%	ಇಲ್ಲ%
01.	ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್ ಭೇಟಿ	200	15.0	85.0	30.0	70.0
02.	ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಭೇಟಿ	200	19.0	81.0	80.0	20.0
03.	ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇ.ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಇರುತ್ತಾರೆ.	200	20.0	80.0	13.0	87.0
04.	ಉಚಿತ ಔಷಧ ವಿತರಣೆ	200	91.0	09.0	95.0	5.0
05.	ವೈದ್ಯರ ತಪಾಸಣೆ ಚೆನ್ನಾಗಿದೆ	200	37.0	63.0	47.0	53.0
06.	ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹಣ ನೀಡಬೇಕು	200	21.0	79.0	12.0	88.0
07.	ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಲು ಇಷ್ಟ	200	32.0	68.0	40.0	60.0

ಮೂಲ: ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಅವರು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಊರಿಗೆ ಭೇಟಿನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಕೇವಲ ಒಟ್ಟು ಶೇ.22.5ರಷ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.15ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಅವರು ಪ್ರತಿ ದಿನ ಮನೆಗಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಶೇ.85ರಷ್ಟು ಜನರು ಪ್ರತಿದಿನ ಮನೆಗಳಿಗೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.30ರಷ್ಟು ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿದ್ದರೆ ಉಳುದ ಶೇ.70ರಷ್ಟು ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಗಾದಿಗನೂರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಆಲೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಎ.ಎನ್.ಎಂಗಳ ಭೇಟಿ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ ಅಡಿ ಪ್ರತಿ 1000ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬರು ಆಶಾ (ನೋಂದಾಯಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ)ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ಇದ್ದು ಗ್ರಾಮದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಅವರು ಪ್ರತಿ ನಿತ್ಯ ಮನೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆಯೇ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.80ರಷ್ಟು ಜನರು ಊರಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ ಯಾರಾದರೂ ಕರೆದರೆ ಬರುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.11ರಷ್ಟು ಜನರು ಈ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಶೇ.81ರಷ್ಟು ಜನರು ಇಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಈವರೆಗೆ 64ಜನ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ನೇಮಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. 54ಜನರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಈವರೆಗೆ 222 ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ನೇಮಕವಾಗಿದೆ. ಅವರಲ್ಲಿ 165 ಜನರಿಗೆ ತರಭೇತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಿಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಇರುತ್ತಾರೆಂದು ಗಾದಿಗನೂರಿನ ಶೇ.20ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.13ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರ ವೈದ್ಯರು ಇರುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಂದರೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚುಕಡಿಮೆ ಎರಡೂ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿಯ ಜನರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಲಭ್ಯತೆ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಉಚಿತ ಔಷಧ ಸೇವೆ ಸಿಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.92ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಚೀಟಿ ಬರೆದುಕೊಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.55ರಷ್ಟು ಜನರು ರೋಗಿಯ ತಪಾಸಣೆ ಸರಿಯಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವಾಗಲೂ ಆತುರದಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ, ಇಲ್ಲವೇ ಮೀಟಿಂಗ್ ಹೋಗಬೇಕು ಎನ್ನುವುದರಲ್ಲೇ ಇರುತ್ತಾರೆ ಅಥವಾ ಏನಾದರು ಬರೆಯುವುದರಲ್ಲೇ ಇರುತ್ತಾರೆಂದು ಬಹುತೇಕರು ಸಂದರ್ಶನ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ವೈದ್ಯರು ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆಂದು ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.12ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೇಳಿದರೆ ಗಾದಿಗನೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.21ರಷ್ಟು ಜನರು ವೈದ್ಯರು ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಯಾವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಚರ್ಚಿಸಿದಾಗ, ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು ಹಣವನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣ ನೀಡಿದರೆ ಹೆಚ್ಚು

ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವರ ಹೇಳಿಕೆ ಪ್ರಕಾರ ವೈದ್ಯರು ಹೆರಿಗೆ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೆದರಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಹಣ ವಸೂಲು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಶೇ.32ರಷ್ಟು ಜನರು ಆಲೂರಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಜನರು ಹೌದು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಉಳಿದವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾಗಿ ಉಪಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಯಾಕೆ ಹೋಗಬೇಕೆನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋದರೆ ನಾರ್ಮಲ್ ಡೆಲಿವರಿ ಮಾಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತಾರೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಇದನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಜನರು ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಾನಾ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಬಯಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಇದರಿಂದ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಹಾರೈಕೆ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಔಷದೋಪಚಾರ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆ, ಜೀವಸತ್ವ ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಗುಳಿಗೆಗಳ ಹಂಚಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ಪರಿಣಿತರಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಪ್ರಚಾರ(ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ, ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ, ವಂಕಿ, ಮಾತ್ರೆಗಳು, ನಿರೋದ್ ಇತ್ಯಾದಿ). ಅರ್ಹದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮನವೊಲಿಸುವಿಕೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹರಡದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ನಡೆಸಿದ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂದಿಸಿದ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ಪಡೆಯಲು ಅದಕ್ಕೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಇವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿಯ ಹಣ ಅಲ್ಲೇ ಖರ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಬಹಳ ಕಷ್ಟದಾಯಕವಾಗಿದೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು ಸ್ಟಾಕ್ ಇಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿ ಕೊಡದಿರುವುದನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ದೂರಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮಾತ್ರ ಸರಾಗವಾಗಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಅವುಗಳು ಬಹಳ ವಾಸನೆ. ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ಹಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಮೇಲಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಮನೆಗೆ ಬಂದು ಯಾರೂ ಪೂರೈಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ

ಇಲ್ಲವೇ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ಕೇಳಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ತಾವಾಗಿಯೇ ಪ್ರೋತ್ಸಾಯಿಸಿ ನಿಡುವ ಪರಿಪಾಟವಿಲ್ಲವೆಂದು ಅನೇಕರು ತಮ್ಮ ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಯೋಜನೆಗಳೇನೋ ಒಳ್ಳೆಯವು ಆದರೆ ಅವರ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಕಿರಿಕಿರಿ ಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಮಯ ಹಣ ಅವರಿವರನ್ನು ಬೇಡುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅನೇಕರು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ನೀಡಿದ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಹಾಗೂ ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿಗೂ ಹಲವು ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ವೈರುದ್ಯವಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಪಾಲುದಾರರಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇದೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಾದ ಮಡಿಲು, ಕಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಧನಸಹಾಯವನ್ನು ಕೇಳಿ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ತಿಳಿಯದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಗ್ರಾಮಭೇಟಿ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ : ಎಂಟು

ಉಪಸಂಹಾರ

8.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

8.2 ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಗಳು

8.3 ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ : ಎಂಟು

ಉಪಸಂಹಾರ

8.1 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ತರಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಅವುಗಳ ಬೇಡಿಕೆ, ಪೂರೈಕೆ, ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ, ಸರಕಾರ ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು, ವಿವಿಧ ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮತ್ತು ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವಿವರಣೆಯನ್ನು, ಅವುಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ವಿವಿಧ ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಹುದಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸಹ ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಬಂಧದ ಎಂಟನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಒಟ್ಟು ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ, ಅಧ್ಯಯನ ಫಲಿತಗಳು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳ ಬಹುದಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಎಂಟನೇ ಅಧ್ಯಾಯ ಉಪಸಂಹಾರ ಎಂದಿದ್ದು ಇದನ್ನು ಮೂರು ಭಾಗಗಳನ್ನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಥಮ ಭಾಗವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಉದ್ದೇಶಗಳು, ಉದ್ದೇಶದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾದ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನ ವಿನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ಎರಡನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ

ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವ ಕ್ರಮಗಳ ಕುರಿತಾದ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಕೊನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದ ಮೂರನೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

'ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ': ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಎಂದಿರುವ ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧವನ್ನು 8 ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಮೊದಲ ಭಾಗವು 'ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ' ಎಂದಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ಉದ್ದೇಶಗಳು, ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ವರೂಪ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಆನುಶಂಗಿಕ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಪೂರ್ವರಚಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ, ಗುಂಪುಚರ್ಚೆ, ಸಂದರ್ಶನ ಮತ್ತು ವಿದ್ವಾಂಸರುಗಳೊಂದಿಗಿನ ಚರ್ಚೆ ಮತ್ತು ಸಂವಾದಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರದ ವರದಿಗಳು, ಇಲಾಖಾ ಕೈಪಿಡಿಗಳು, ಜನಗಣತಿ ವರದಿ, ಮುಂತಾದ ಪ್ರಕಟಿತ ಮತ್ತು ಅಪ್ರಕಟಿತ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಆನುಶಂಗಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹಾಗೂ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿಯ ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು 'ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ನಿವಾರಣ ಸಮಿತಿ ವರದಿ–2002ರ ಪ್ರಕಾರ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕನ್ನು ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕು ಹಾಗೂ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ತಲಾ ಒಂದು ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 'ಗಾದಿಗನೂರು' ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡು ಅಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು 100 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಅದೇ ರೀತಿ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 'ಆಲೂರು' ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡು ಅಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು 100 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು.

ಇದರೊಂದಿಗೆ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 20 ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ 40 ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳು ಕೂಡಿ 10 ವೈದ್ಯರನ್ನು, 60 ಆರೋಗ್ಯ

ಸಹಾಯಕಿಯರನ್ನು, 40 ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು, 20 ವಿವಧ ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖಂಡರುಗಳನ್ನು, 20 ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯ್ತಿ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಎರಡನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ನಡೆದಿರುವ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮೂರನೇ ಅಧ್ಯಾಯವು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಚಯವೆಂದಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಿವಿಧ ಸಮಾಜೋ–ಆರೋಗ್ಯ–ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ನಾಲ್ಕನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಅವುಗಳ ಬೇಡಿಕೆ, ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತು ಕೊರತೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತಾದ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಐದನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಆರನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅರಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಏಳನೇ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

8.2 ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಗಳು

ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ನಿವಾರಣಾ ಉನ್ನತಾಧಿಕಾರ ಸಮಿತಿ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ(ರಿಲೇಟಿವ್‌ಲಿ) ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೂ ಅತ್ಯಂತ ಹಿಂದುಳಿದ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೂ ಇರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಬಂದ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

8.2.1 ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ನೀತಿಗನುಗುಣವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಮುಖವಾದ ನಾಲ್ಕು ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲನೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕುರಿತು ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕರಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ–1952ರ ಪ್ರಕಾರ ದುಡ್ಡಿಲ್ಲದವರು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಯಾರೊಬ್ಬರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬಾರದು ಎಂಬುದಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇಂದು ನಾವು ಯೂಸರ್ ಪೇಮೆಂಟ್ ಸಿಸ್ಟಮ್‌ನಲ್ಲಿದ್ದೇವೆ. ಹಣಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಇಂದು ಔಷಧೋಪಚಾರ ಸಿಗುತ್ತಿದೆ. ಅಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

1948ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ನಿರ್ಣಯಗಳ ಪ್ರಕಾರ "ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನೂ ಬದುಕುವ, ಜೀವನದ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಸೇರಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವ ಹಕ್ಕು ಪಡೆದಿದ್ದಾನೆ". ಹಾಗೆಯೇ "ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಬೇಕಾದ ಆರೋಗ್ಯ, ತನಗೂ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಸಂಸಾರಕ್ಕೂ ಬೇಕಾದ ಆಹಾರ, ಬಟ್ಟೆ, ವಸತಿ, ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವ ಹಾಗೂ ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಕಾಯಿಲೆ, ವೈದವ್ಯ, ಮುದಿತನ ಅಥವಾ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತ ಘಟನೆಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯುವ ಹಕ್ಕಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಬಾಲ್ಯ ಮತ್ತು ತಾಯಿತನವು ವಿಶೇಷ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಅರ್ಹವಾಗಿದೆ" ಹಾಗೆಯೇ "ಯಾವುದೇ ಜನಾಂಗ, ಧರ್ಮ, ರಾಜಕೀಯ ನಂಬಿಕೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸದೇ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯದ ಆನಂದ ಅನುಭವಿಸುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮಾನವನ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು". ಎಂದು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ. ಈ ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೋಡಿದರೆ ನಿಯಮಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳ ಮೂಲಕ ರೂಪಿತವಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾದ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇಲ್ಲದೆ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ,

* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಳ ನೇಮಕವಾಗದಿರುವುದು,
* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಔಷಧಗಳ ಸರಬರಾಜು ಆಗದಿರುವುದು,
* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣಗಳು ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪೂರೈಕೆಯಾಗದಿರುವುದು,
* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಸೇವೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು
* ನಿಗದಿತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಇಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ಕೊರತೆಯ ನಡುವೆಯೂ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸೇವಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವಿಫಲತೆ ಕಾಣುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ, ಸಾಮಗ್ರಿ ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳ ಕೊರತೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೆ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾದ್ಯವಾಗಿಲ್ಲವಾದರೂ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲತ್ತುಗಳು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವಂತೆ ಸರಕಾರದ ಆಡಳಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ.

8.2.2 ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ

ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ನೋಡಲಾಗಿದೆ. ಭೌತಿಕ ಸಲಕರಣೆಗಳಲ್ಲಿ 55 ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಪರಿಶಿಲಿಸಲಾಯಿತು. ಅದರಲ್ಲಿ ಪೂರೈಕೆಯಾಗಬೇಕಿದ್ದ 13 ಉಪಕರಣಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪೂರೈಕೆಯಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಪೂರೈಕೆಯಾದವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ನಿಗಧಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹಲವು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಅಗತ್ಯವಿರುವಷ್ಟು ಪೂರೈಕೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಪೂರೈಕೆಯಾಗಿದ್ದರು ತಂತ್ರಜ್ಞರ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಅವುಗಳ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ(ಲ್ಯಾಬ್ ಟೆಕ್ನೀಶಿಯನ್ ಇತ್ಯಾದಿ).

ಅದೇರೀತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸುಮಾರು 42 ಔಷಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಯಿತು. ಅದರಲ್ಲಿ ಪೂರೈಕೆಯಾಗಬೇಕಿದ್ದ 4 ಔಷಧಗಳು ಪೂರೈಕೆಯಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಪೂರೈಕೆಯಾದ ಔಷಧಗಳು ವರ್ಷದುದ್ದಕ್ಕೂ ಸಾಲದಿರಿರುವುದು (ಶೇ.65ರಿಂದ 70ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ) ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಔಷಧಗಳು ಮುಗಿದ ಕೂಡಲೆ ಸರಬರಾಜು ಆಗದೆ ತಡವಾಗಿ ಆಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮದ ಪ್ರಕಾರ ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ನೇಮಕವಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ನೇಮಕವಾಗಿರುವ ಬಹುಪಾಲು ವೈದ್ಯರು ಪರುಷರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ದೇಹದ ರೋಗ ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತೊಂದರೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಸರಕಾರ ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಷ್ಟು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ತಡಮಾಡದೆ ಪೂರೈಸಬೇಕು. ಪೂರೈಕೆಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವಂತಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಬೇಕು. ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ತೊಂದರೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡಬಂದಿದೆ. ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕಂದರವನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ನೋಡಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದಿರುವಂತಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಔಷಧ ಸಲಕರಣೆಗಳು ತೀವ್ರ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕೊರತೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಇದೆ. ಆದರೆ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರತೆಯ ಕೊರತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸಮನಾಗಲು ಶ್ರಮಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ, ಸರಬರಾಜಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪರ ಕಾಳಜಿಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ನಿಗದಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸದೆ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಬೇರೆ ಊರಿನಿಂದ ಪ್ರಯಾಣ ಮಾಡುವುದು, ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಅವರ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತ್ ಸರಿಯಾಗಿ ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡದಿರುವದು ಇನ್ನಿತರೆ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಜನರಿಗೆ ಇದ್ದು ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕೆ ಬಾರದಿರುವುದಾಗಿದೆ. ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸರಬರಾಜಾಗಬೇಕಾದ ಔಷಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ವಿಳಂಬದಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆಯ ಅಂತರ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಇರುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯ್ತಿಗಳ ಸಹಕಾರ ಜನರ ಸಹಕಾರ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸಬೇಕು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳೂ ಕೂಡ ಜನಪರ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು

ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಕಳಿಕುರಿತು ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನೀಡಬೇಕು. ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡರೆ ಜನರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು. ಸರಕಾರ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಬೇಕು. ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳು ಸಮರ್ಪಕ ನೀರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯುತ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಮಾಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಹಕರಿಸಬೇಕು.

ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಯ ಮಹತ್ವ ಅರಿತು ಪ್ರಸವ ಸಂದರ್ಭದ ತಾಯಿಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶುಮರಣ ತಗ್ಗಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ರೂಪಿಸಿರುವ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನರಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ತಲುಪದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡುವ "ಕಿಟ್" ಸ್ಟಾಕಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿ ಬಾಣಂತಿಯರನ್ನು ಬರಿಗೈಯ್ಯಲ್ಲಿ ಕಳುಹಿಸಿರುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ತೊಂದರೆ ಪಡುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗದೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಜನರು ಪ್ರಯೋಜನದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯಾದಾಗ ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬಗ್ಗೆ ಅಸಮಧಾನಗೊಂಡು ನಂಬಿಕೆ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸಮರ್ಪಕ ಸರಬರಾಜುವಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

8.2.3 ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸವಲತ್ತುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರು ಯಾವರೀತಿಯ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸವಲತ್ತುಗಳಾದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆ, ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಔಷದೋಪಚಾರ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆ, ಜೀವಸತ್ವ ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಗುಳಿಗೆಗಳ ಹಂಚಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ಪರಿಣಿತರಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಪ್ರಚಾರ(ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ, ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ, ವಂಕಿ, ಮಾತ್ರೆಗಳು, ನಿರೋದ್ ಇತ್ಯಾದಿ). ಅರ್ಹದಂಪಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮನವೊಲಿಸುವಿಕೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹರಡದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು, ತಾಯಂದಿರ ಸಭೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಕುರಿತ ಶಿಬಿರ, ಶುಚಿತ್ವ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಹೆರಿಗೆ

ಭತ್ಯೆಯಂತಹುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡು ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮುಂದುವರೆದ ತಾಲ್ಲೂಕಾದ ಹೊಸಪೇಟೆ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯೇನೂ ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ ಎರಡೂ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ಟುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ಸಂತಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ 'ಕವಚ' ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಧನಸಹಾಯ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಜನರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಉಳಿದಿರುವಂತೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ತಪಾಸಣೆ, ಅವರ ಹಾರೈಕೆ, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಪಡೆಯಬೇಕಾದ ವೇಳೆ ಇನ್ನಿತರವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಚಾರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

8.2.4 ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಕರಿತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ(ಫಲಾನುಭವಿಗಳ) ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ(ಭಾಗೀದಾರರು) ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವರಿಬ್ಬರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಪಾಲುದಾರರಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇದೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಾದ ಮಡಿಲು, ಕಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಧನಸಹಾಯವನ್ನು ಕೇಳಿ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಔಷಧಗಳ ಎಕ್ಸ್‌ಪೈರ್ ದಿನಾಂಕವನ್ನು ನೋಡುತ್ತಾರೆ. ಬಳಸಿ ಬಿಸಾಡುವ ಸಿರಿಂಜ್‌ಗಳನ್ನು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ, ಇಲ್ಲವೇ ತಾವೇ ಈ ಸಿರಂಜ್‌ಗಳನ್ನು ತರುವ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಜ್ಞೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿದೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು, ಅವುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲ ಎಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಊರಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡದಿರುವುದು, ದೂರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಸರಿಯಾಗಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯರ ತಪಾಸಣೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯರ ತಾತ್ಸಾರ, ಉಚಿತವಾಗಿ ಔಷಧ ವಿತರಣೆ ನೀಡದೆ ಚೀಟಿನೀಡಿ ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಿ ಅನ್ನುವುದು, ಸರಬರಾಜಾದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಣನೀಡಿದವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಪಚಾರ ನೀಡುವುದು, ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ

ಮಾಡುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು ಜನರಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗದಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ದೂರುಗಳು ಎರಡು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಣ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ಸುಳ್ಳು ಎಂದಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು, ಹಣಕೊಟ್ಟವರಿಗೆ ಉಪಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಣ ನೀಡದವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಅನ್ನುವುದನ್ನೂ ಕೂಡ ಅಲ್ಲಗಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಔಷಧಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿಯವರಿಗೆ ಮಾರುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಆಕ್ಷೇಪ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸರಕಾರದಿಂದ ಕೊಡುವ ಔಷಧಗಳು ಮೂರು ತಿಂಗಳಿಗೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತವೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಚೀಟಿ ಬರೆದುಕೊಡುವುದೊಂದೇ ದಾರಿ. ಚೀಟಿ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟರೆ ಜನ ಈ ರೀತಿ ಆಪಾದಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಔಷಧಗಳು ಸರಬರಾಜು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಚೀಟಿನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ವೈದ್ಯರು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಿಂದ ತಮ್ಮ ದೇಹದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಕೆಲವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗದೆ ಕೇವಲ ತಮಗೆ ತಿಳಿದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನುಂಗಿಕೊಂಡೆ ಕಾಲ ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಕುಸಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದರಿಂದಾಗಿ ಅನೇಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ವರದಿಯಾಗದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

8.3 ಕೆಲವು ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳು

ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಉತ್ತಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಕೆಲವು ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ರೂಪುಗೊಂಡಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ನಿರ್ವಹಣೆಯಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನಿಗದಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಪೂರೈಸಬೇಕು. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ

* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಳ ನೇಮಕವಾಗಬೇಕು.
* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಔಷಧಗಳ ಸರಬರಾಜು ಆಗಬೇಕು.
* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣಗಳು ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪೂರೈಕೆಯಾಗಬೇಕು.

* ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ನೇಮಕವಾಗಬೇಕು. ಇವುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಪೂರೈಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಉತ್ತಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದಿರುವಂತಹ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಔಷಧ ಸಲಕರಣೆಗಳು ತೀವ್ರ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿವೆ. ಕೊರತೆ ಎರಡೂ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಇದೆ. ಆದರೆ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರತೆಯ ಕೊರತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸಮನಾಗಿಸಲು ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ, ಸರಬರಾಜಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪರ ಕಾಳಜಿಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ನಿಗದಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸದೆ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಬೇರೆ ಊರಿನಿಂದ ಪ್ರಯಾಣ ಮಾಡುವುದು, ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಅವರ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತ್ ಸರಿಯಾಗಿ ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡದಿರುವದು ಇನ್ನಿತರೆ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಜನರಿಗೆ ಇದ್ದು ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕೆ ಬಾರದಿರುವುದಾಗಿದೆ. ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸರಬರಾಜಾಗಬೇಕಾದ ಔಷಧ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ವಿಳಂಬದಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ನಿಯಮ ಪ್ರಕಾರ ಮೇಲಿನವುಗಳು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಪಾಲನೆಯಾಗಬೇಕು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕರ್ತವ್ಯ ಪ್ರಜ್ಞೆ ನಿಯಮ ಉಲ್ಲಂಗಿಸಿದವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಶಿಸ್ತುಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಲಭ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಔಷಧಗಳ ಬೇಡಿಕೆಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಪೂರೈಕೆಯಾಗಬೇಕು. ಹಾಗೆಯೇ ಇರುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯ್ತಿಗಳ ಸಹಕಾರ, ಜನರ ಸಹಕಾರ ಅಗತ್ಯ. ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಜನಪರ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಕಳಿ ಕುರಿತು ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಸರಕಾರ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಬೇಕು. ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕ ನೀರು ಮತ್ತು

ವಿದ್ಯುತ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಮಾಡಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಲು ಸಾಧ್ಯ.

ರೋಗಿಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣ, ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಥರ್ಮೋಮೀಟರ್ ಮತ್ತು ಸ್ಟೆತೊಸ್ಕೋಪ್ ನಂತಹ ಮೂಲಭೂತ ಉಪಕರಣಗಳು ಕೊರತೆಯಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಎಕ್ಸ್-ರೇ ಉಪಕರಣವನ್ನು, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣ, ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣ ಮತ್ತಿತರ ಅಗತ್ಯ ಉಪಕರಣಳು ಮತ್ತು ತಜ್ಞ ಲ್ಯಾಬ್ ಟೆಕ್ನೀಶಿಯನ್ ಅವರನ್ನು ಪ್ರತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ನೇಮಕಮಾಡಬೇಕು.

ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಗಾದಿಗನೂರು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ(ಶೇ.80ರಷ್ಟು) ಚರ್ಮರೋಗ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದನ್ನು ಅವರು ಸರ್ಪಹುಣ್ಣು ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದು ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಧೂಳಿನ ಕಾರಣದಿಂದ ಉಟಾಗಿರುವ ಚರ್ಮರೋಗ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಔಷದೋಪಚಾರ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ನೇಮಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ವೈದ್ಯರು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಿಂದ ತಮ್ಮ ದೇಹದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಕೆಲವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗದೆ ಕೇವಲ ತಮಗೆ ತಿಳಿದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನುಂಗಿಕೊಂಡೆ ಕಾಲ ಕಳೆಯುವ ಸಂಬಂಧವಿದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಕುಸಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರ ಜೊತೆ ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕ ಮಾಡಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಮುಜುಗರವಿಲ್ಲದೆ ತಮ್ಮ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಔಷದೋಪಚಾರ ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಇಷ್ಟಪಡದಿರುವುದು ಮತ್ತು ನೇಮಕವಾದ ವೈದ್ಯರು ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಬರದಿರುವುದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸವಾಲಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಕನಿಷ್ಠ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು ಸೂಕ್ತ. ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದವಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಒಂದು ವಿಷಯವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು ಸೂಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಫಲಿತಗಳ ಆಧಾರದಿಂದ ನಾವು ಹೇಳಬಹುದಾದ ಅಂಶವೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಿಂದುಳಿದ ಕೂಡ್ಲಿಗಿ ತಾಲ್ಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೂ ಕೂಡ ಹಿಂದುಳಿದಿವೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳು ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಬೇಕು. ಸರಕಾರದ ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತಾಗಬೇಕು.

ಅನುಬಂಧ

ಅನುಬಂಧ

ಪರಮಾರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು

ನಾರಾಯಣ,ಕೆ.ವಿ.(1997) ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ದೆಹಲಿ, ರಾವತ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಶನ್

ಶಂಕರ್. ಪಿ.ಎಸ್ (1995), ವೈದ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಭಟ್ ವಿ.ಎನ್, (1990), ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ದೆಹಲಿ, ಅಮರ್ ಪ್ರಕಾಶನ,

ಮೋನಿಕ ದಾಸ್ ಗುಪ್ತ, ಲಿಂಕಲನ್ ಸಿ. ಚೆನ್, ಮತ್ತು ಟಿ ಎನ್ ಕೃಷ್ಣ (1998), (ಸಂಪಾದನೆ) ಹೆಲ್ತ್ ಪಾವರ್ಟಿ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ದೆಹಲಿ,

ಪರ್ಕ್.ಕೆ.(1997), 'ಪ್ರಿವೆಂಟಿವ್ ಅಂಡ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್', ಬನ್ಸಿದಾಸ್ ಭಾನಟ್ ಪಬ್ಲಿಶರ್ಸ್, ಜಬ್ಬಲ್‌ಪುರ್

ಸರಳ ಗೋಪಾಲನ್ ಮತ್ತು ಮೀರಾ ಶಿವ (ಸಂ), (2000), 'ನ್ಯಾಶಿನಲ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್ ಆನ್ ವಿಮೆನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್', ವಾಲೆಂಟರಿ ಹೆಲ್ತ್ ಅಶೋಸಿಯೇಶನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಸೇಶನ್

ಮೀರಾ ಸೇತ್ (2004), 'ವಿಮೆನ್ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ದಿ ಇಂಡಿಯನ್ ಎಕ್ಸ್‌ಪೀರಿಯೆನ್ಸ್' ಸೇಜ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಶನ್ಸ್, ನವದೆಹಲಿ

ನಿರಂಜನಾರಾಧ್ಯ ಎಚ್. ಎಸ್. ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾಶ್ ಸಿ ರಾವ್ (ಸಂ), (1991), 'ಔಷಧ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಶ್ರೀ ಸಾಮಾನ್ಯ', ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಪರಿಷತ್ತು, ಬೆಂಗಳೂರು

ಕೋಯ್ಲಿ(1977) 'ಮೊರ್ಟಾಲಿಟಿ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾಃ ಎ ಸ್ಟೇಟ್‌ವೈಸ್ ಸ್ಟಡಿ', ಸ್ಟೆರ್ಲಿಂಗ್, ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ

ಜೇಮ್ಸ್ ಕೆ.ಎಸ್(1999) 'ಫರ್ಟಿಲಿಟಿ ಡಿಕ್ಲೈನ್ ಇನ್ ಎ.ಪಿಃ ಎ ಸರ್ಚ್ ಆಫ್ ಆಲ್ಟರ್ ನೇಟಿವ್ ಹೈಪೋತಿಸಿಸ್' ಇ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ, ಸಂ.25, ಸಂಖ್ಯೆ.8, ಪು–491–99

ರಾಜೇಶ್ವರಿ(1996) ಅವರ 'ಜಂಡರ್ ಬಯಾಸ್ ಇನ್ ಯುಟಿಲೈಸೇಶನ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಫೆಸಿಲಿಟೀಸ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಹರಿಯಾಣ', ಇ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ, ಸಂ.131, ನಂ.8, ಪು.489

ಶಶೀಧರ ವಿಶ್ವಾಮಿತ್ರ,(2000), "ಸರಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ" ಲಿಪಿ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು–4

ಜಯಂತಿ.ಜೆ.,(2005) "ಗ್ಯಾಟ್ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ: ತೃತೀಯ ಜಗತ್ತಿನ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು" 'ಯೋಜನಾ' ಅಕ್ಟೋಬರ್ ಪುಟ–29–32

ರಘುರಾಮನ್.ಎನ್.ವಿ.(1971), ಹೆಲ್ತ್ ಅಡ್ಮಿನಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಅಂಡ್ ಪಾಲಿಸಿ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ರಾಮಲಕ್ಷ್ಮಿ ಪ್ರಿಂಟರ್ಸ್ ಅಂಡ್ ಪಬ್ಲಿಷರ್ಸ್, ಹೈದ್ರಾಬಾದ್.

ಮೋರಿಸ್ ಷಫೆರ್ & ಜಾಕ್ ರೈನಾಲ್ಡ್ಸ್,(ಸಂ), (1993), ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಹೆಲ್ತ್ ವರ್ಕರ್ಸ್, ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಸರ್ವಿಸಸ್, ಮೇರಿಲ್ಯಾಂಡ್–20815

ಅಲೊಸ್ಕ ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯ,(1985), ಸ್ಟೇಟಸ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾಸ್ ಹೆಲ್ತ್, ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್

ಜೇಮ್ಸ್ ಡಿ.ಬೆರ್ನ್‌ಸ್ಟೈನ್, ಫೆರೆಡ್ರಿಕ್ ಪಿ.ಹೆಗ್, (ಸಂ),(1979), ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಂಟರ್ಸ್ ಇನ್ ದಿ ಯುನೈಟೆಡ್ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್, ದ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಸೀರೀಸ್ ಪಬ್ಲಿಶಿಂಗ್ ಕಂಪನಿ, ಕೇಂಬ್ರಿಡ್ಜ್

ವಿಲ್ಲಿಯಂ ಎ.ರೈಂಕೆ, ರಾಬರ್ಟ್ ಎಲ್.ಪಾರ್ಕರ್:(1976), ಹೀ ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಅನಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ನೀಡ್ಸ್ ಅಂಡ್ ಸರ್ವಿಸಸ್, ಏಶಿಯಾ ಪಬ್ಲಿಶಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ಬಾಂಬೆ

ಶ್ರೀನಿವಾಸ್ ಎಸ್.(1993), ಆರ್ಗನೈಸೇಷನ್ ಅಂಡ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಇನ್ ವೆಸ್ಟ್ ಬೆಂಗಾಲ್–ಎ ಕೇಸ್ ಸ್ಟಡಿ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ರೂರಲ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ಸಂಚಿಕೆ 12. ಎನ್.ಐ.ಆರ್.ಡಿ, ಹೈದರಾಬಾದ್

ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ, ಎ ಪರ್ಸ್‌ಪೆಕ್ಟೀವ್ಸ್ ಅಂಡ್ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಪಾಪುಲೇಶನ್ ಪರ್ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್ & ಇಶ್ಯೂಸ್ 11(4)1998

ಎವಾಲ್ಯುಯೇಶನ್ ಆಫ್ ದಿ ಸ್ಟ್ರಾಟಜಿ ಫಾರ್ ಹೆಲ್ತ್ ಫಾರ್ ಆಲ್ ಬೈ ದಿ ಇಯರ್ 2000, ಸೆವೆಂತ್ ರಿಪೋರ್ಟ್ ಆನ್ ದಿ ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಿಚುಯೇಶನ್, ವಾಲ್ಯೂಂ.1 ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಸೇಷನ್, ಜಿನೇವಾ–1987

ಸಬೇಸನ್.ಎಸ್. ಅಂಡ್ ರಾಜು.ಕೆ.ಎಚ್.ಕೆ ಜಿಐಎಸ್ ಫಾರ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಸಸ್ಟೈನಬಲ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ ವಿತ್ ಸ್ಪೆಷಲ್ ರೆಫೆರೆನ್ಸ್ ಟು ವೆಕ್ಟರ್–ಬಾರ್ನ್ ಡಿಸೀಸಸ್, ಕರೆಂಟ್ ಸೈನ್ಸೆಸ್. ವಾಲ್ಯುಂ.88, ನಂ.11, 10ಜೂನ್2005

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮಕ್ಕಳ ಕ್ರಿಯಾಯೋಜನೆ. 2003–2010, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭೀವೃದ್ಧಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ, 2004

ಚಂದ್ರಶೇಖರ,ಟಿ,ಆರ್,(1993), ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮೀಮಾಂಸೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್.,(2002), ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮೀಮಾಂಸೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್,.(1999), ಅಮರ್ತ್ಯಸೆನ್ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಥನ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್.,(2008), 'ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಉನ್ನತಾಧಿಕಾರ ಸಮಿತಿ ವರದಿ', ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್(ಸಂಯೋಜಕರು);(1999); ಕರ್ನಾಟಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾಹಿತಿಕೋಶ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್(ಸಂಯೋಜಕರು);(1999); ಜಿಲ್ಲಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ, ಕೊಪ್ಪಳ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್;(2004); ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ.ಎಂ;(2004); ಜನಾಯೋಜನೆ (ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಅನುಭವಗಳು) ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ.ಎಂ;(2005), ಸಂಶೋಧನ ವಿಧಾನ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ.ಎಂ;(2005); ಸಮಾಜ ಸಂಶೋಧನೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ.ಎಂ;(2009), ಸಂಶೋಧನೆ ಏನು?ಏಕೆ?ಹೇಗೆ?, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಸೌತ್ ಏಷಿಯಾ (2004), ದಿ ಹೆಲ್ತ್ ಚಾಲೆಂಜ್, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ದಿ ಮೆಹಬೂಬ್ ಉಲ್ ಹಕ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಸೆಂಟರ್

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್,(1990), 'ಜೆಂಡರ್ ಆಂಡ್ ಕೋ-ಆಪರೇಟಿವ್ ಕಾನ್‌ಫ್ಲಿಕ್ಟ್ಸ್', ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್,(1999), ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಸ್ ಫ್ರೀಡಮ್, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್, 2001, ಮೆನಿ ಫೇಸಸ್ ಆಫ್ ಜೆಂಡರ್ ಇನಿಕ್ವಾಲಿಟಿ', ಫ್ರಂಟ್ ಲೈನ್, ನವೆಂಬರ್, 2001, ಪು-4-14.

ಗೀತಾ ಸೆನ್, ಜರ್ಮೈನ್.ಎ ಮತ್ತು ಚೆನ್. ಎನ್(ಸಂ), 1994, ಪ್ಯಾಪುಲೇಶನ್ ಪಾಲಿಸೀಸ್ ರಿಕನ್ಸಿಡರ್ಡ್: ಹೆಲ್ತ್, ಎಂಪವರ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ರೈಟ್ಸ್, ಹಾರ್ವರ್ಡ್ ಸೀರೀಸ್ ಆನ್ ಪ್ಯಾಪುಲೇಶನ್ ಆಂಡ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಶಿನಲ್ ಹೆಲ್ತ್.

ಶ್ರೀಲತಾ ಬಾಟ್ಲಿವಾಲಾ,(1994), ದಿ ಮೀನಿಂಗ್ ಆಫ್ ವಿಮೆನ್ಸ್ ಎಂಪವರ್‌ಮೆಂಟ್-ನ್ಯೂ ಕಾನ್ಸೆಪ್ಟ್ ಫ್ರಮ್ ಆಕ್ಷನ್' ಇಲ್ಲಿ ಗೀತಾಸೆನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (ಸಂ)ಪಾಪ್ಯುಲೇಶನ್ ಪಾಲಿಸೀಸ್ ರಿಕನ್ಸಿಡರ್ಡ್: ಹೆಲ್ತ್ ಎಂಪವರ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ರೈಟ್ಸ್, ಹಾರ್ವರ್ಡ್ ಸೀರೀಸ್, ಆನ್ ಪ್ಯಾಪುಲೇಶನ್ ಆಂಡ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಶಿನಲ್ ಹೆಲ್ತ್.

ಜೀನ್ ಡ್ರೀಜ್ ಆಂಡ್ ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್,(2002). ಇಂಡಿಯಾ ಡೆವೆಲಪ್ ಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ಪಾರ್ಟಿಸಿಪೇಶನ್, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ನವದೆಹಲಿ.

ನೈಲಾ ಕಬೀರ್,(1994), ರಿವರ್ಸ್ಡ್ ರಿಯಾಲಿಟೀಸ್: ಜೆಂಡರ್ ಹೈರಾರ್ಕೀಸ್ ಇನ್ ಡೆವೆ ಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಥಾಟ್, ಕಾಳೀ ಫಾರ್ ವಿಮೆನ್, ನವದೆಹಲಿ

ರಾಜಶೇಖರ್.ಎಸ್ ಮತ್ತು ರಾಜೇಶ್.ಆರ್:(2003); 'ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಶಾಸ್ತ್ರ', ಭ್ರಮರ ಪ್ರಕಾಶನ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ.ಟಿ.ಆರ್:(2001); 'ಮಹಿಳೆ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಬಿವೃದ್ಧಿ', ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಹಿರೇಮಠ.ಎಸ್.ಎಸ್:(1991); 'ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಡೆದು ಬಂದ ದಾರಿ', ಶಿವಪ್ರಶಾಂತ ಪ್ರಕಾಶನ, ಗುಲಬರ್ಗಾ.

ಶ್ರೀನಿವಾಸ್.ಎಸ್:(2002); 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆ; ಭವಿಷ್ಯ ಸವಾಲುಗಳು ಯೋಜನಾ ಸಮಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ', ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು

ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ (ಪ್ರ.ಸಂ):(1997); ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಸಿ.ಆರ್, ರಾಜಣ್ಣ ಎಂ.ಎಸ್, 'ಜನಾರೋಗ್ಯ', ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಸರೋಜ.ಕೆ:(2001); 'ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ', ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಪುರುಷೋತ್ತಮ ಬಿಳಿಮಲೆ:(1997); ಕೂಡು ಕಟ್ಟು, ಆನಂದಕಂದ ಗ್ರಂಥಮಾಲೆ ಮಲ್ಲಾಡಿಹಳ್ಳಿ

ಗ್ರಿಫಿನ್.ಸಿ (1991), "ದಿ ನೀಡ್ ಟು ಚೇಂಜ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಪ್ರಿಯೋರಿಟೀಸ್ ಇನ್ ಎಲ್‌ಡಿಸಿಎಸ್" ಫೈನಾನ್ಸ್ ಅಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್

ಹಕ್,ಉಲ್ ಮೆಹಬುಬ್(1996), 'ರಿಫ್ಲೆಕ್ಟಿಂಗ್ ಆನ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್', ಯುಪಿ, ದೆಹಲಿ

ಸೆನ್, ಅಮರ್ತ್ಯ,(1994), 'ಬಿಯಾಂಡ್ ಲಿಬ್ರಲೈಸೇಶನ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಅಪಾರ್ಚುನಿಟಿ ಅಂಡ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಕೆಪಾಸಿಟಿ', ಇನ್ಸಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸೆಸ್, ನವದೆಹಲಿ

ಡಬ್ಲ್ಯೂಎಚ್.ಓ,(1957), ಟೆಕ್ನಿಕಲ್ ರಿಪೋರ್ಟ್ ಸೀರೀಸ್ ನಂ.137, ನ್ಯೂ ಡೆಲ್ಲಿ

ಅಹಮದ್ ಅಂಡ್ ಕೋಲ್ಡೊ,(1979). ಟೂವರ್ಡ್ಸ್ ಎ ನ್ಯೂ ಡೆಫ್ನೆಶನ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್, ಪ್ಲೇಮ್, ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್

ಐಡೇಂ (1965). ರಿಪೋರ್ಟ್ ಆಫ್ ವರ್ಕ್‌ಶಾಪ್ ಫಾರ್ ದ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಕ್ರೈಟೀರಿಯಾ ಫಾರ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸ್ಕೂಲ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ, ನ್ಯೂ ಡೆಲ್ಲಿ

ಪಿಳ್ಳೈ.ಎ.ಆರ್ (1931), 'ವೆಲ್‌ಫೇರ್ ಪ್ರಾಬ್ಲಮ್ಸ್ ಆಫ್ ರೂರಲ್ ಇಂಡಿಯಾ' ತಾರಪೋರೇವಾಲ ಸನ್ಸ್, ಬಾಂಬೆ

ಮುಖರ್ಜಿ.ಕೆ.ಆರ್. (1998), 'ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್: ಎ ಬೇಸಿಕ್ ಇನ್‌ಪುಟ್ ಇನ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್', ಯೋಜನಾ, ಸಂ.42,ಸಂ.8, ಪು.65–68

ಎಸುಡಿಯನ್.ಸಿ.ಎ.ಕೆ. (1981) 'ಡಿಫರೆಶ್ನಿಯಲ್ ಯುಟಿಲೈಸೇಷನ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸೆಸ್ ಇನ್ ಮೆಟ್ರೋಪಾಲಿಟನ್ ಸಿಟಿ', ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸಸ್, ಸಂ.2, ಸಂ.20

ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್.ಎಸ್ (1987) 'ಮೇನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್' ಸೋಶಿಯಲ್ ಚೇಂಜ್, ಸಂ.17.ಸಂ.1

ಪೋಕರಣ, ಕನ್ವರ್‌ಲಾಲ್(1972), 'ದ ಸ್ಟ್ರಕ್ಚರಲ್ ಅಂಡ್ ಅಥಾರಿಯಲ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಡಿಸೀಸ್: ಎ ಸೋಶಿಯೊಲಾಜಿಕಲ್ ಸ್ಟಡಿ ಅಂಡ್ ರೂರಲ್ ಕಮ್ಯುನಿ ಕೇಶನ್ಸ್ ಆಫ್ ರಾಜಸ್ತಾನ್', ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ರಾಜಸ್ತಾನ್.

ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ.ಡಿ (1981) ಫೌಂಡೇಶನ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವಿಸ್ ಸಿಸ್ಟಂ, ವಿಕಾಸ್, ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ

ಅಧಿಕಾರಿ.ಎನ್.ಎಸ್ (1992), 'ಪ್ರಿವೆಂಟೇಶನ್ ಆಫ್ ಡಿಸೀಸೆಸ್ ತ್ರೂ ನೇಚರ್ ಕೇರ್', ಯೋಜನಾ, ಸಂ,36, ಸಂ.1&2, ಪು 42

ಅಡ್ವಾಣಿ, ಮೋಹನ್,(1980), ಡಾ.ಪೇಶೆಂಟ್ ರಿಲೇಶನ್‌ಶಿಪ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ಸಾಂಗಿ ಪ್ರಕಾಶನ, ಜೈಪುರ ಅಲಾಂಗ್,

ಮುನೀರ್,(1997), 'ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್ ಫೈನಾನ್ಸಿಂಗ್ ಬೈ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್:ಆನ್ ಎಕ್ಸ್ ಪ್ಲೋರೇಶನ್, ಡೆಮೊಗ್ರಫಿ ಇಂಡಿಯಾ, ಸಂ.26, ಸಂ.2, ಜುಲೈ–ಡಿಸೆಂಬರ್

ಅನಿತಾ.ಎನ್.ಎಚ್,(1990), 'ಕಾಂಪ್ರಹೆನ್ಸಿವ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್', ಸೆಮಿನಾರ್, ಸಂ.369, ಮೇ, ಪು.19–23

ಅನುರಾಧ, ಮ್ಯಾಥ್ಯು,(2001), 'ಅವೇರ್‌ನೆಸ್ ಆಫ್, ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟೀವ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇಶ್ಯೂಸ್', ಸೋಶಿಯಲ್ ವೆಲ್‌ಫೇರ್ ರಿವ್ಯೂ, ಸಂ.47, ನಂ.10, ಪು.32

ಅಝೀಂ, ಶೌಕತ್,(1997), ಮುಸ್ಲಿಂ ವಿಮೆನ್: ಎಮರ್ಜಿಂಗ್ ಐಡೆಂಟಿಟಿ, ರಾವತ್, ಜೈಪುರ್

ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ.ಡಿ,(1973), 'ಸೋಶಿಯಲ್ ಓರಿಯೆಂಟೇಶನ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಎಜ್ಯುಕೇಶನ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ', ಎಕನಾಮಿಕ್ ಅಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲಿ, ಸಂ.10, ಪು.489

ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ.ಡಿ,(2001), 'ಲ್ಯಾಂಡ್ ಮಾರ್ಕ್ಸ್ ಇನ್ ದ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸೆಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ', ಇನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್‌ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ದ ಪಾವರ್ಟಿ ಆಫ್ ರೀಫಾರ್ಮ್ಸ್ ದ ಸೌತ್ ಏಶಿಯನ್ ಪ್ರೆಡಿಕಮೆಂಟ್, ಸೇಜ್, ನ್ಯೂ ಡೆಲ್ಲಿ.

ಚಟರ್ಜಿ.ಎಂ.ಸಿ (1988), ಇಂಪ್ಲಿಮೆಂಟಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ, ಮನೋಹರ್, ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ

ಡಾಕ್.ಟಿ.ಎಂ (ಸಂ.) (1991), ಸೋಶಿಯಾಲಜಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ರಾವತ್, ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ.

ಡ್ರೀಜ್, ಜೀನ್ ಅಂಡ್ ಸೆನ್ ಅಮರ್ತ್ಯ(1995), ಇಂಡಿಯಾ: ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೆವೆಲಪ್ ಮೆಂಟ್ ಅಂಡ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಅಪಾರ್ಚುನಿಟಿ, ಓ.ಯು.ಪಿ, ಡೆಲ್ಲಿ

ಗೋಯೆಲ್.ಎಸ್.ಎಲ್,(2004), ಹೆಲ್ತ್‌ಕೇರ್ ಪಾಲಿಸೀಸ್ ಅಂಡ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಮ್ಸ್, ದೀಪ್& ದೀಪ್, ನ್ಯೂ ಡೆಲ್ಲಿ.

ಗೋಪಾಲ್.ಎಸ್,(1984), 'ಜವಹರ್‌ಲಾಲ್ ನೆಹರು ಸ್ಪೀಚ್ ಆನ್ ದ ಬೇಸಿಕ್ ಪ್ರಾಬ್ಲಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್' ಇನ್ ಸೆಲೆಕ್ಟೆಡ್ ಸ್ಪೀಚಸ್ ಆಫ್ ಜವಹರಲಾಲ್ ನೆಹರು, ಸೆಕೆಂಡ್ ಸೀರಿಸ್ ಸಂ.1, ನೆಹರು ಮೆಮೋರಿಯಲ್ ಫಂಡ್, ತೀನ್‌ಮೂರ್ತಿ ಹೌಸ್, ಡೆಲ್ಲಿ

ಗೋಪಾಲನ್,(1994), 'ಚಾಲೆಂಜಸ್ ಆಫ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಿಸ್ಟಂ' ಎಕನಾಮಿಕ್ ಅಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲಿ : ಸಂ.24, ನಂ.20, ಮೇ 14, ಪು.120

ಗೊರ್ಡೆಲ್, ಕ್ಲಾಸ್,(1984), ಹೆಲ್ತ್, ಬೇಸಿಕ್ ನೀಡ್ ಅಂಡ್ ಪ್ರೀರಿಕ್ವಿಸೈಟ್ ಫಾರ್ ಕಾನಾಮಿಕ್ ಅಂಡ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್' ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಅಂಡ್ ಕೋ ಆಪರೇಶನ್, ಪು.4–6

ಹಾಸನ್,(1967), ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೋಶಿಯಾಲಜಿ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಸಚಿನ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಶನ್, ಆಜ್ಮೀರ್

ಗೀತಾ ಸೇನ್, ಆದಿತ್ಯ ಐಯ್ಯರ್ ಮತ್ತು ಆಶಾ ಜಾರ್ಜ್,(2007), 'ಸಿಸ್ಟೆಮೆಟಿಕ್ ಹೈರಾ ರ್ಕಿಸ್ ಅಂಡ್ ಸಿಸ್ಟೆಮೆಟಿಕ್ ಫೇಲ್ಯೂರ್ಸ್ ಜಂಡರ್ ಅಂಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಇಕ್ವಾಲಿಟೀಸ್ ಇನ್ ಕೊಪ್ಪಳ್ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್' ಇಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಫೆಬ್ರವರಿ 24–2007, ಪು–682–690

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ,(2007) ಆರ್ಥಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆ: 2006–07, ಡೈರಡಕ್ಟರೇಟ್ ಆಫ್ ಎಕಾನಮಿಕ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಟಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ,(2005) ಕರ್ನಾಟಕ: ಸೋಸಿಯೋ–ಎಕಾನಾಮಿಕ್ ಇಂಡಿಕೆಟರ್ಸ್, ಡೈರಡಕ್ಟರೇಟ್ ಆಫ್ ಎಕಾನಮಿಕ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಟಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, (1999), ಕರ್ನಾಟಕ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, 1999, ಪ್ಲಾನಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಟಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಡಿಪಾರ್ಟಮೆಂಟ್, ಬೆಂಗಳೂರು

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, (2005) ಕರ್ನಾಟಕ: ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, 2005, ಪ್ಲಾನಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಟಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಡಿಪಾರ್ಟಮೆಂಟ್, ಬೆಂಗಳೂರು

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, (2002) ಹೈಫವರ್ ಕಮಿಟಿ ಫಾರ್ ರಿಡ್ರೆಸಲ್ ಆಫ್ ರೀಜನಲ್ ಇಂಬಾಲೆನ್ಸ್‌ಸ್, ಫೈನಲ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ರಾಜ್ಯ ಯೋಜನಾ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, (2008), ಎಕಾನಾಮಿಕ್ ಸರ್ವೆ: 2007–08, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಫೈನಾನ್ಸ್ ಅಂಡ್ ಎಕಾನಾಮಿಕ್ ಡಿವಿಶನ್, ನವದೆಹಲಿ.

ಕೃಷ್ಣ ಕೊಥಾಯಿ,(2007) ದಲಿತ್ ಲೀಡರ್‌ಶಿಫ್ ಇನ್ ಪಂಚಾಯತ್ಸ್, ಕರ್ನಾಟಕ ಸ್ಟಡೀಸ್-2. ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.,

ಯುಎನ್‌ಡಿಪಿ, (1998), ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್–1998, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ಮುಂಬಯಿ

ಯುಎನ್‌ಡಿಪಿ, (1999), ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್–1999, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ಮುಂಬಯಿ

ಯುಎನ್‌ಡಿಪಿ, (2005), ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್–2005, ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ಮುಂಬಯಿ

ನ್ಯಾಶನಲ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೆ(ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್–3) 2005–06; (2007), ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಶನಲ್ ಇನ್ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಫಾರ್ ಪಾಪುಲೇಶನ್ ಸೈನ್ಸಸ್, ಡಿಯೋರಾನ್, ಮುಂಬೈ

ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್‌ಫೇರ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ–2006, (2007), ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್‌ಫೇರ್, ಗೌರ್ನಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ನ್ಯೂ ಡಿಲ್ಲಿ

ಡಾಕ್.ಟಿ.ಎಂ.(ಸಂಪಾದನೆ); (1991); ಸೋಶಿಯೊಲಜಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ರಾವತ್, ನ್ಯೂ ಡೆಲ್ಲಿ

ದಾಸ್ ಗುಪ್ತ;(1995), ವಿಮೆನ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ–ರಿಸ್ಕ್ ಅಂಡ್ ವನೆರಬಲಿಟಿ, ಓಯುಪಿ, ನ್ಯೂ ಡೆಲ್ಲಿ

ಶಂಕರ.ಪಿ.ಎಸ್. (ಸಂ); (1995); ವೈದ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಶ್ರೀನಿವಾಸ್.ಎಸ್;(2002);'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆ: ಭವಿಷ್ಯದ ಸವಾಲುಗಳು, ಯೋಜನಾ, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಅಜೀಜ್, ಅಬ್ದುಲ್ ಮತ್ತು ವಾಸುಕಿ.ಕೆ.ಜಿ. (ಸಂ);(1997); ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರ್ಥಿಕತೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಒಡೆಯರ್ ಡಿ.ಹೆಗ್ಗಡೆ ಮತ್ತು ಅನ್ನಪೂರ್ಣೇಶ್ವರಿ;(2006); ಭಾರತದ ಆರ್ಥಿಕಾಭಿವೃದ್ಧಿ, ಅರ್ಜನ್ ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ರಾಮಕೃಷ್ಣನಗರ ಮೈಸೂರು.

ಒಡೆಯರ್ ಡಿ.ಹೆಗ್ಗಡೆ ಮತ್ತು ಅನ್ನಪೂರ್ಣೇಶ್ವರಿ;(2006); ಮಹಿಳಾ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಜರ್ನ್ ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ರಾಮಕೃಷ್ಣನವರ ಮೈಸೂರು.

ಖೊರ್ಷೆದ್.ಎಂ. ಪಾವ್ರಿ; (1992); ಏಡ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸವಾಲು, (ಅನು) ಓಂ ಪ್ರಕಾಶ್, ನ್ಯಾಷ್ಯನಲ್ ಬುಕ್ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಇಂಡಿಯಾ ಹೊಸ ದೆಹಲಿ.

ಚಂದ್ರಶೇಖರ್.ಸಿ.ಆರ್; (1994); ಸಾಮಾಜಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನರವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆ ಬೆಂಗಳೂರು.

ಛಾಯಾದಾತಾರ್; (1992); ಸ್ತ್ರೀ ಪುರುಷ, (ಅನು) ಸರಸ್ವತಿ ರಿಸಬೂಡ, ಇಳಾ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

ಧನ್ಯಕುಮಾರ ಇಜಾರಿ; (2004); ಜೈನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಂಪರೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ನಾಗೇಶ್.ಎಚ್.ವಿ; (1999); ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಳುವಳಿಗಳು, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಧಾರವಾಡ.

ಬೋರಲಿಂಗಯ್ಯ.ಹಿ.ಚಿ. (ಸಂ); (2005); ಬುಡಕಟ್ಟು ಅಧ್ಯಯನ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಮರುಳಸಿದ್ಧಯ್ಯ.ಎಚ್.ಎಂ; (1994); ಭಾರತ ಸಮಾಜಕಾರ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ, ಸಂಪುಟ–1 ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

ಮೀರಾ ಬಿ.ಕೆ; (1998); ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯವಿದ್ಯೆಯ ಪಿತಾಮಹ ಸುಶ್ರುತ, ಕನ್ನಡ ಪುಸ್ತಕ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

ಸರೋಜ.ಕೆ; (2001); ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

ಸ್ವಾಮಿ.ಬಿ.ಎಸ್; (1988); ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ.
ಪದ್ಮನಾಭನ್ ಎಸ್; ಮಾರ್ಚ್ (2000); 'ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ : ನಮ್ಮ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲುಗಳು', ಯೋಜನಾ, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಂಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಎಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ; (2004); ಕರ್ನಾಟಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ ಏಡ್ಸ್‌ನ ಸವಾಲಿಗೆ ಸನ್ನದ್ಧವಾಗಿದೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್‌ಷನ್ ಸೊಸೈಟಿ, ಬೆಂಗಳೂರು 2003.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ 2005–2012, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ.

ರೋಹಾನ್ ಡೆನ್ ರಾಯ್,(2007),'ಮಲೇರಿಯಾಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್–ಡಿಸೀಸ್ ಹಿಸ್ಟರಿಸ್ ಆಫ್ ಎ ಡೈಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಕ್ಯಾಟಗರಿ', ಇ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ–ಜನವರಿ13, 2007.

ವಿ.ಆರ್.ಮುರಳೀಧರನ್(1987), ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್‌ಕೇರ್ ಇನ್ ಮಡ್ರಾಸ್ ಪ್ರೆಸಿಡೆನ್ಸಿ', ದ ಇಂಡಿಯನ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಅಂಡ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಹಿಸ್ಟರಿ ರಿವ್ಯೂ, ಮಡ್ರಾಸ್

ಸುನಿಲ್ ಅಮೃತ್(2007), ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ಕಲ್ಚರ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಇ.ಪಿ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ–ಜನವರಿ–13

ಶಿವಪ್ಪ ಬಸಪ್ಪ(2007), 'ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು: ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ' ಅಪ್ರಕಟಿತ ಸಂಶೋಧನ ಪ್ರಬಂಧ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಕೃಷ್ಣ.ಜೆ;(2000); ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಆಯಾಮಗಳ ಅಧ್ಯಯನ, ಅಪ್ರಕಟಿತ ಪಿಎಚ್.ಡಿ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.